EXPOSÉ DES TITRES

ET

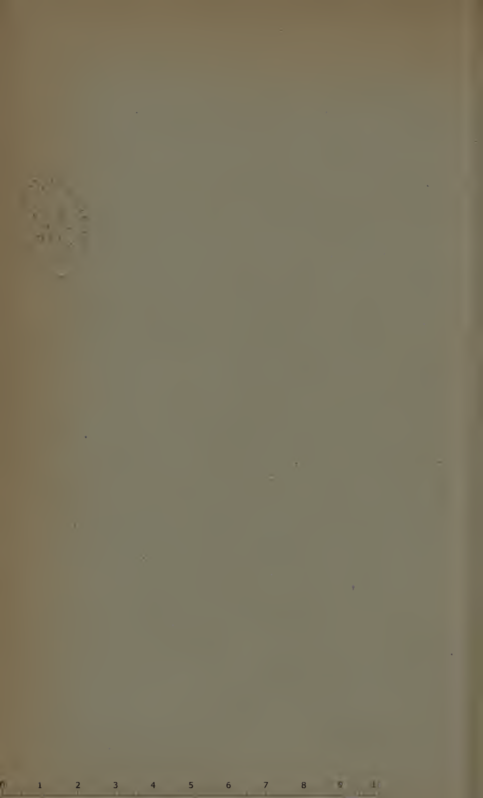
TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr FAVRE



LYON
A. REY, IMPRIMEUR-ÉDITEUR DE L'UNIVERSITE
4, RUE GENTIL, 4
—
1920



EXPOSÉ DES TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr FAVRE



LYON

A. REY, IMPRIMEUR-EDITEUR DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

1913

RESUME DE L "ETAT SIGNALETIQUE ET DES SERVICES", délivré

par le DIRECTEUR DU SERVICE DE SANTE DE LA XIV° REGION.

FAVRE, Jules Maurice, né aux Rousses (Jura), le I8 Mai I876.
Classé dans les Services auxiliaires en I899.

Engagé volontaire pour la durée de la guerre -
Incorporé sur sa demande le I2 Août I9I4 -
Nommé Aide-Major de 2ème Classe pour la durée de la guerre (I7 Septembre I9I4) -
Affecté à la zône des Armées le 23 Juillet I9I5 -
Durée de séjour dans la zône des Armées : 32 mois (Juillet I9I5- Mars I9I8)
Affecté à la Ière, puis à la 3ème Armée (Centre de Vénéréologie de Toul, de Montdidier, de Ham) -
Médecin-Chef de l'Ambulance I/I52 : Centre de Ham, Centre de Guiscard (Médecine Générale, Contagieux).

Dirigé sur la XIV° Région par ordre du Général Commandant en Chef du 2I Mars I9I8 -
En traitement et en convalescence jusqu'en Juillet I9I8 -
Nommé Chef de Secteur médical de Valence -
Affecté à Lyon le I7 Février I9I9 (Hôpital Desgenettes) -
Démobilisé le 3I Octobre I9I9 .

Nommé Médecin-Major de Ière Classe (décret du 30 Septembre I9I9).

Croix de guerre .

-:-:-:-:-:-:-:-

TITRES

Titres Universitaires.

Moniteur des travaux pratiques d'histologie, 1902-1904.

Docteur en médecine, 1904.

Chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, 1904-1907.

Chef du Laboratoire de la clinique des maladies cutanées et syphiliques depuis 1907.

Chargé des fonctions d'agrégé, année 1914-1915, année 1919-1920.

Fonctions Hospitalières.

Externe des Hôpitaux, 1897.

Interne des Hôpitaux, 1900.

Médecin des Hôpitaux de Lyon, mai 1909.

Membre de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon.

Membre de l'Association des Anatomistes.

Membre de la Société de Biologie de Lyon.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

1. **Biologie des leucocytes du pus blennorragique.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 7 juin 1904 ; *Lyon Médical*, t. Ier, p. 1254 (en collaboration avec M. L. DUVERNAY).

2. **Note sur les mouvements amœboïdes dans le pus blennorragique.** — *Association des Anatomistes*, Toulouse, 1904 (en collaboration avec M. L. DUVERNAY).

3. **Amœboïsme et phagocytose chez les leucocytes vivants du pus blennorragique.** — Thèse de Lyon, 1904-1905.

4. **Terminaisons nerveuses dans les fuseaux neuro-musculaires des ophidiens.** — Démonstration à l'*Association des Anatomistes*, VIe Session, Toulouse, 1904 ; *Comptes rendus*, p. 205.

5. **Recherches sur les fuseaux neuro-musculaires des ophidiens.** — Communication à l'*Association des Anatomistes*, VIIe Session, Genève, 1905 ; *Bibliographie Anatomique*, t. XIV, fasc. V, p. 298-310, 2 fig. (en collaboration avec M. REGAUD).

6. **Les terminaisons nerveuses et les organes nerveux sensitifs de l'appareil locomoteur. Dispositifs nerveux kinesthésiques.** — *Revue générale d'Histologie*, t. Ier, fasc. 1, 1904.

7. **Syphilis héréditaire simulant des adénites et des arthrites scrofulo-tuberculeuses.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 9 mai 1905 ; *Lyon Médical*, 21 mai 1905 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

8. **Erythème polymorphe purpurique consécutif à la vaccination antirabique.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 17 janvier 1905 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS),

9. **Sclérodermie et maladie de Raynaud. Examen radiographique.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 17 janvier 1905; *Lyon Médical*, 29 janvier 1905 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

10. **Un cas de « Xeroderma pigmentosum ».** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 11 avril 1905; *Lyon Médical*, 16 avril 1905.

11. **Le « Spirochœte pallida » de Schaudinn et Hoffmann. Présentation de préparations.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 6 juin 1905; *Lyon Médical*, 18 juin 1905 (en collaboration avec MM, J. NICOLAS et ANDRÉ).

12. **Microphotographies du « Spirochœte pallida » dues à MM. Lumière.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 20 juin 1905; *Lyon Médical*, 16 juillet 1905 (en collaboration avec MM. J. NICOLAS et ANDRÉ).

13. **Un cas de traitement de la pelade par la congestion passive du cuir chevelu au moyen d'une bande élastique.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 9 novembre 1905; *Lyon Médical*, 31 décembre 1905 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

14. **Sur le rôle de l'érythème chrysophanique dans l'action thérapeutique sur le psoriasis.** — *Lyon Médical*, 12 novembre 1905 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

15. **Syphilis et « Spirochœte pallida » de Schaudinn et Hoffmann.** — *Lyon Médical*, 1er octobre 1905 (en collaboration avec MM. NICOLAS et ANDRÉ).

16. **Sur la présence de Spirochœtes dans le foie d'un hérédo-syphilitique.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 5 janvier 1906 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

17. **Rapport sur les recherches expérimentales récentes concernant la syphilis.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 27 mars 1906 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

18. **Lichen plan à grande extension de la peau et des muqueuses avec poussées multiples érythémateuses et œdémateuses.** — *Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 5 juillet 1906 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

19. Deux observations pour servir de contribution à l'étude clinique et histologique du Xeroderma pigmentosum. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juillet 1906 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

20. Sur un cas de pemphigus chronique congénital et familial à type d'ichthyose bulleuse.— *Société française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 5 juillet 1906 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

21 Le tréponème de Schaudinn et les lésions pulmonaires des nouveau-nés. — *Lyon Médical*, 25 novembre 1906 (en collaboration avec M. L. BÉRIEL).

22. Etude du liquide céphalo-rachidien dans deux cas de rage humaine; glycosurie rabique. — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 6 novembre 1906; *Lyon Médical*, 9 décembre 1906, p. 935 (en collaboration avec M. Ch. LESIEUR).

23. Un cas de syphilis tertiaire à manifestations gommeuses multiples. — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 13 mars 1906; *Lyon Médical*, 25 mars 1906 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

24. « Treponema pallidum » de Schaudinn et Hoffmann examiné vivant au moyen de l'ultra-microscope. — Présentation à la *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, séance du 8 juin 1906 (en collaboration avec M. le professeur J. NICOLAS).

25. Un cas de syphilis maligne ulcéreuse à cicatrisation chéloïdienne. — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 5 juin 1906; *Lyon Médical*, 5 juillet 1906 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

26. Recherches sur l'absorption des savons par la muqueuse intestinale. — *Journal de Physiologie et de Pathologie générales*, n° 5, septembre 1906 (en collaboration avec M. Ch. ANDRÉ).

26 *bis*. Erythème cutané en larges placards extensifs avec atrophodermie à type maculeux chez un tuberculeux. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juillet 1906 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

27. **Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées (cellules géantes et follicule syphilitiques).** — *Annales des maladies vénériennes*, juin 1907 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

28. **Cellules géantes et follicule syphilitiques dans les syphilides tertiaires cutanées et muqueuses. — Ces formations histologiques permettent-elles de distinguer avec certitude la tuberculose de la syphilis?** — *Province Médicale*, 21 décembre 1907 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

29. **La sciatique syphilitique.** — *Lyon Médical*, 1908, t. II, p. 1073 (en collaboration avec M. Ch. ROUBIER).

30. **Histologie et histogenèse d'un nodule syphilitique cutané. — Rôle de la phlébite syphilitique dans son développement.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 2 mars 1909 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

31. **Granulations interstitielles et Mitochondries des fibres musculaires striées.** — *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 8 mars 1909 (en collaboration avec M. REGAUD).

32. **Sur certains filaments ayant probablement la signification de mitochondries dans la couche génératrice de l'épiderme.** — *Comptes rendus de l'Académie des Sciences*, 28 février 1910 (en collaboration avec M. REGAUD).

33. **Intradermoréaction et cutiréaction avec la syphiline chez les syphilitiques.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 15 février 1910; *Lyon Médical*, 20 mars 1910 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. Cl. GAUTIER).

34. **Réactions des syphilitiques à la tuberculine.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1er mars 1910; *Lyon Médical*, 20 mars 1910 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. L. CHARLET).

35. **Comparaison des résultats fournis par l'intradermoréaction à la syphiline et par la séro-réaction de Wassermann.** — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 22 avril 1910 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. L. CHARLET).

36. **Sur la nature des fibres d'Herxheimer ou filaments basaux de l'épiderme.** — *Lyon Médical*, 29 mai 1910 (en collaboration avec M. Cl. REGAUD).

37. **Un cas de pneumonie mortelle avec septicémie pneumococcique et arthrite suppurée.** — *Société Nationale de Médecine de Lyon*, 31 janvier 1910; *Lyon Médical*, 27 février 1910 (en collaboration avec M. LECLERC).

38. **Intradermoréaction et cutiréaction avec la syphiline chez les syphilitiques.** — *Société de Biologie*, séance du 12 février 1910, t. LXVIII, p. 257 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. Cl. GAUTIER).

39. **Acromégalie et maladie de Reklinghausen.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 22 février 1910 ; *Lyon Médical*, 3 avril 1910 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

40. **Réactions des syphilitiques à la tuberculine.** — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 11 mars 1910 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. L. CHARLET).

41. **Ostéo-arthrite syphilitique tertiaire (pseudo-tumeur blanche syphilitique** — *Société Nationale de Médecine*, 7 février 1910; *Lyon Médical*, 6 mars 1910 (en collaboration avec M. J. MOLLARD).

42. **Mort par ponction exploratrice du thorax. — Crises épileptiformes.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, séance du 22 février 1910 ; *Lyon Médical*, 17 avril 1910 (en collaboration avec MM. J. MOLLARD et CORDIER).

43. **Syphilis scrofuloïde cutanée, ganglionnaire, ostéo-articulaire. — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel entre syphilis et tuberculose.** — (*Province Médicale*, 3 décembre 1910(en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. C. LAURENT).

44. **Les réseaux élastiques de la paroi propre des glandes sudoripares.** — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, octobre 1910 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

45. **Diagnostic de la syphilis par les méthodes de laboratoire.** — *Association Française pour l'avancement des*

Sciences, congrès de Dijon, 1911 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. H. MOUTOT).

46. **Sur un syndrome complexe d'origine syphilitique. — Paralysie des deux membres supérieurs du type radiculaire, aortite chronique, tumeur gommeuse de la paroi abdominale.** — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 16 mai 1911, p. 367 (en collaboration avec MM. J. MOLLARD et A. DUFOURT).

47. **Réactions des syphilitiques aux injections sous-cutanées de tuberculine.** — *Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 27 janvier 1911 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. A. AUGAGNEUR).

48. **Sur un cas de cyanose avec hyperglobulie et splénomégalie.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 13 juin 1911 (en collaboration avec le professeur J. COURMONT).

50. **Notes histologiques sur quelques particularités des scléroses pulmonaires syphilitiques. — Formations musculaires aberrantes, hypergenèse du tissu élastique.** — *Livre Jubilaire du professeur Lépine*, octobre 1911.

51. **Les mitochondries des cellules néoplasiques dans le carcinome de la mamelle chez la femme.** — *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*, 6 décembre 1911, t. LXXI, p. 658 (en collaboration avec M. Cl. REGAUD).

52 **Les pseudo-sarcomes syphilitiques.** — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 12 janvier 1912 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

53. **Nouvelles recherches sur les formations mitochondriales de l'épiderme humain à l'état normal et pathologique.** — *Comptes rendus des Séances de la Société de Biologie*, séance du 24 février 1912, t. LXXII, p. 328 (en collaboration avec M. Cl. REGAUD).

54. **Echinococcose alvéolaire du foie.** — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 1911, n° 8, p. 605 (en collaboration avec M. J. MOLLARD et thèse de Daujat). — **Echinococcose alvéolaire, principalement du foie.** —

Etude critique à propos d'un cas français. — Thèse de Lyon, 1912.

55. **Quelques points de l'étude histologique de la lésion dite « acné chéloïdienne de la nuque ».** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 2 juillet 1912; *Lyon Médical*, 14 juillet 1912 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS).

56. **Valeur de la réaction de Yamamouchi pour le diagnostic expérimental de la tuberculose.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 12 mai 1912; *Lyon Médical*, n° 19 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. A. AUGAGNEUR).

57. **Sur les mitochondries des glandes sébacées de l'homme et sur la signification générale de ces organites du protoplasma.** — Extrait des *Comptes rendus de l'Association des Anatomistes*, Rennes, 1912 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. REGAUD).

58. **Sur la fine structure des glandes sudoripares de l'homme.** — *Comptes rendus de l'Association des Anatomistes*, Rennes, 1912 (en collaboration avec le professeur J. NICOLAS et M. Cl. REGAUD).

59. **Lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine génitale probable peut-être vénérienne.** — *Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 31 janvier 1913 (en collaboration avec MM. DURAND et J. NICOLAS).

60. **Sur un cas de lymphogranulomatose inguinale.** — Communication à la *Société de Chirurgie de Lyon*, février 1913 (en collaboration avec MM. DURAND et J. NICOLAS).

61. **Sur un cas de spondylite typhique.** — *Lyon Médical*, 15 avril 1913 (en collaboration avec M. BOVIER).

62. **Sur un cas de tropho-phlycténose des extrêmités.** — *Province Médicale*, 19 avril 1909 (en collaboration avec M. A. TOURNADE).

63. **Pneumonie chronique syphilitique à type histologique d'épithélioma : pseudo-épithélioma syphilitique de l'adulte.** — *Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, t. XXV, n° 3, mai 1913 (en collaboration avec M. SAVY).

64. Sur un ascaride appartenant à l'espèce « Heterakis inflexa » trouvé dans un œuf de poule. — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 11 février 1913 (en collaboration avec M. Ch. GARIN).

65. Histologie pathologique du lèprome cutané aigu. — *Archives générales de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, t. XXV, n° 2, mars 1913 (en collaboration avec M. P. SAVY).

66. Syndrome double de rétention biliaire et de sténose duodénale, oblitération cicatricielle du cholédoque et péritonite chronique sous-hépatique d'origine lithiasique. — *Journal des Praticiens*, 26 avril 1913 (en collaboration avec M. J. MOLLARD).

67. Sur les mitochondries des cellules des sarcomes. *Société de Biologie*, séance du 15 mars 1913, t. LXXIV, p. 608 (en collaboration avec M. C. REGAUD).

68. Epaississement du tissu cellulaire sous-cutané au cours de certaines sciatiques chroniques. — En collaboration avec M. A. TOURNADE.

69. Syphilis thyroïdienne, ses analogies histologiques avec la tuberculose. — *Lyon Chirurgical*, mai 1912 (en collaboration avec M. P. SAVY).

70. L'hémiplégie au cours de la scarlatine. — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, mai 1913 (en collaboration avec M. P. SAVY).

71. Sur les formations mitochondriales dans les cellules néoplasiques des épithéliomes de la peau et des muqueuses dermo-papillaires. — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 5 avril 1913, p. 688 (en collaboration avec M. Cl. REGAUD).

72. Sarcomatose cutanée primitive consécutive à une piqûre des téguments. — *Lyon Médical*, 11 mai 1913 (en collaboration avec M. P. SAVY).

73. Précis de microscopie clinique. — 1 volume de la collection des *Précis médicaux*, publiés par le professeur TESTUT (en collaboration avec le professeur LESIEUR, sous presse).

74. **Les deux types de dégénérescence des lésions syphilitiques tertiaires.** — *Congrès international de Dermatologie et Syphiligraphie*, Rome, 1913 (en collaboration avec le professeur NICOLAS).

75. **Sur un nouveau procédé de coloration du tréponème. Méthode de Fontana-Tribondeau.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, séance du 3 février 1914; *Lyon Médical*, 15 février 1914 (avec le professeur J. NICOLAS et M. GATÉ).

76. **Syphilis expérimentale du singe.** — *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, 10 mars 1914; *Lyon Médical*, 22 mars 1914 (avec le professeur J. NICOLAS et GATÉ).

77. **Essai de traitement de la blennorragie urétrale et de ses complications par le vaccin de Nicolle et Blaizot.** — *Province Médicale*, 18 avril 1914 (en collaboration avec le professeur NICOLAS, MM. G. MASSIA et J. GATÉ).

78. **Variations de la formule histologique et de l'éosinophilie tissulaire au cours de l'évolution du granulome malin.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 25 juillet 1914, p. 408 (en collaboration avec M. SANTY).

79. **Chondriome des plasmazellen.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 6 juin 1914, t. LXXVII, p. 24-26 (en collaboration avec M. G. DUBREUIL).

80. **Grains de ségrégation des plasmazellen.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 13 juin 1914, t. LXXVII, p. 89-91 (en collaboration avec M. G. DUBREUIL).

81. **Plasmazellen à granulations acidophiles et basophiles.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 4 juillet 1914, t. LXXVII, p. 270-273 (en collaboration avec M. G. DUBREUIL).

82. **Cellules à grains fuchsinophiles ou « corps de Russell ». Rapports de ces corps avec les granulations oxyphiles des plasmazellen.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 11 juillet 1914, t. LXXVII, p. 317-320 (en collaboration avec M. G. DUBREUIL).

83. **Nature et signification des corps de Russell.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 18 juillet 1914, t. LXXVII, p. 372-374 (en collaboration avec M. G. DUBREUIL).

84. **Notes cliniques sur la lymphogranulamatose inguinale. A propos d'un nouveau cas.** — *Lyon Médical*, 22 novembre 1914 (en collaboration avec MM. DURAND, J. NICOLAS et GATÉ).

85. **De la méthode conjuguée arséno-mercurielle dans le traitement de la syphilis.** — *Presse Médicale*, n° 26, mai 1916 (en collaboration avec M. LONGIN).

86. **Des facilités de diagnostic de la spirochétose ictérique grâce à la méthode de Fontana-Tribondeau appliquée à l'examen des urines centrifugées.** — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 8 décembre 1916, p. 2070-73 (en collaboration avec M. N. FIESSINGER).

87. **Stomatites et angines fuso-spirillaires Leur traitement par le nitrate d'argent et le bleu de méthylène.** — *Presse Médicale*, 2 novembre 1916, n° 61 (en collaboration avec M. H. DREYFOUSS).

88. **Note sur une méthode de différenciation élective des éosinophiles des tissus.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 6 janvier 1917, p. 11-12.

89. **L'arsénobenzol en dilution minima. Technique de P. Ravaut.** — *Presse Médicale*, n° 22, 16 avril 1917 (en collaboration avec M. J. MASSIA).

90. **La spirochéturie au cours de la spirochétose ictéro-hémorragique.** — *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires*, t. LXVII, n° 4, avril 1917 (en collaboration avec M. N. FIESSINGER).

91. **Pleurésies fixes et fluxions pleurales du rhumatisme articulaire aigu franc.** — *Lyon Médical*, année 1917, n° 5 (en collaboration avec M. J. MOLLARD).

92. **La stomatite mercurielle. — Sa pathogénie; sa prophylaxie; son traitement.** — *Lyon Médical*, n° 8, août 1917.

93. **Notes cliniques sur quelques cas de spirochétose anictérique.** — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 21 décembre 1917, t. XLI, p. 1273-1275 (en collaboration avec M. R. MATHIEU).

94. **Traitement de l'érysipèle par les pansements humides à l'alcool.** — *Journal des Praticiens*, 32e année, n° 8, 23 février 1918 (en collaboration avec M. R. MATHIEU).

95. **Sur les éosinophilies locales (notes cytologiques).** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, séance du 5 mars 1918, t. LXXIX, p. 215, 216).

96. **Le signe de la vitro-pression; sa valeur. — Contribution à l'étude du diagnostic différentiel de la tuberculose et de la syphilis cutanée.** — *Presse Médicale*, 27 juin 1918, n° 35 (en collaboration avec le professeur NICOLAS et M. A. SALEUR).

97. **Les manifestations pleuro-pulmonaires de l'adénie éosinophilique prurigène, granulome malin des Allemands.** - *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, t. XLII, p. 864-866, séance du 26 juillet 1918.

98. **L'adénie éosinophilique prurigène. — Contribution à l'étude du prurigo lymphadénique.** — *Annales de Dermatologie et de Sypiligraphie*, t. VII, n° 1, année 1918-1919.

99. **Syphilis secondaire condylomateuse confluente du cuir chevelu.** — *Société Médicale Militaire de la XIVe Région*, 27 juillet 1918; *Lyon Médical*, t. CXXVIII, p. 201.

100. **L'infection cutanée, les dermatoses satellites, les séquelles post-infectieuses.** — *Lyon Médical*, année 1918, n° 9 (en collaboration avec MM. R. MATHIEU et P. RICHARD).

101. **Phlébite oblitérante de la veine cave inférieure d'origine grippale.** — *Société Médicale des Hôpitaux de Lyon*, séance du 11 mars 1919 (en collaboration avec MM. P. SAVY et G. TOLOT.

102. **Les spirilles des végétations vénériennes.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 10 mai 1919, t. LXXXII, p. 454 (en collaboration avec M. A. CIVATTE).

103 **La morphologie et la signification des spirilles des végétations vénériennes.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, 17 mai 1919, t. LXXXII, p. 506 (en collaboration avec M. A. CIVATTE).

104. **Cancer aigu de la face à type clinique d'actinomycose faciale.** — *Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, séance du 21 novembre 1919, p. 988 (en collaboration avec le professeur NICOLAS et M. MASSIA).

105. **Balanites spirillaires primitives et végétations génitales.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, t. LXXXII, p. 1133, n° 27, année 1919 (en collaboration avec le professeur NICOLAS).

106. **Topographie et répartition des filaments spiralés de l'épiderme.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, séanee du 20 mars, p. 349, année 1920, n° 11.

107. **Signification morphologique et fonctionnelle des filaments spiralés de l'épiderme.** — *Comptes rendus des séances de la Société de Biologie*, séance du 20 mars 1920, n° 11, p. 351, 352.

THÈSES ET TRAVAUX DIVERS

FAITS SOUS NOTRE DIRECTION OU AVEC NOTRE COLLABORATION

Francoz — *Contribution à l'étude du « Xeroderma pigmentosum »* (thèse de Lyon, 1905).

E. Genevois. — *Contribution à l'étude des myomes cutanés* (thèse de Lyon, 1905).

Minouflet. — *Etude générale du « Treponema pallidum ». Classification, morphologie, propriétés, reproduction, méthodes de recherche et de coloration. Diagnostic différentiel et valeur pathogène* (thèse de Lyon, 1905).

Jambon. — *Le « Treponema pallidum » de Schaudinn dans les tissus des hérédo-syphilitiques* (thèse de Lyon, 1905-1906).

J. Allibe. — *Contribution à l'histologie pathologique des syphilides tertiaires cutanées. Cellules géantes et follicule syphilitiques* (thèse de Lyon, 1907).

M. Lautard. — *Contribution à l'étude des cyanoses tardives avec splénomégalie et hyperglobulie* (thèse de Lyon, 1910).

A. Augagneur. — *Etude sur les réactions des syphilitiques à la tuberculine* (thèse de Lyon, 1910).

Jean-A. Bavery. — *Dermatite érythrodermique avec atrophie maculeuse d'origine tuberculeuse. Atrophies maculeuses idiopathiques* (thèse de la Faculté de Lyon, 1907-1908).

Henry Moutot. — *La tuberculose verruqueuse de la peau et des muqueuses dermo-papillaires* (thèse de Lyon, 1907-1908).

Laurent. — *Histogenèse des gommes syphilitiques. Rôle de la phlébite* (thèse de Lyon, 1910).

J. Cordier. — *Des accidents nerveux au cours de la thoracentèse et de l'empyème : recherches expérimentales sur l'épilepsie d'origine pleurale* (thèse de Lyon, 1910-1911).

A. Bernay. — *Les syphilides lupoïdes* (thèse de Lyon, 1911).

G. Massia. — *Le poumon syphilitique. Contribution à l'étude de la syphilis pulmonaire chez l'adulte* (thèse de Lyon, 1911-1912).

Ch. Daujat. — *Echinococcose alvéolaire, principalement du foie. Etude critique à propos d'un cas français* (thèse de Lyon, 1912.)

E. Chenelot. — *Sur les gommes syphilitiques simulant des sarcomes* (thèse de Lyon, 1910).

J. de Beaujeu. — Volumineux lymphome à cellules polymorphes traité par la radiothérapie (*Annales d'Electrobiologie et de radiologie*, fascicule VI, juin 1911).

J. Nicolas et Durand. — Tumeur mélanique du front. Ablation, guérison constatée après trois ans (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, année 1909, p. 832). Nous avons étudié histologiquement cette tumeur.

Examens histologiques de greffes de rein. Expériences entreprises avec M. le professeur Rochet et dont les premiers résultats ont été communiqués par lui au *Congrès d'Urologie* de 1912.

HISTOLOGIE. — CYTOLOGIE
HISTO-PHYSIOLOGIE

Les travaux analysés dans ce chapitre sont relatifs à des sujets d'histologie, de cytologie, d'histo-physiologie.

Ils portent plus particulièrement sur les globules blancs, la peau et ses glandes, le système nerveux. Nous y résumons les recherches que nous avons poursuivies avec notre maître, M. Regaud, sur la signification et les fonctions de ces organites importants du protoplasma cellulaire que sont les mitochondries.

Biologie des leucocytes du pus blennorragique. — Application des méthodes d'examen à l'état frais et des colorations vitales à l'étude des éléments cellulaires (1, 2, 3).

Nous avons poursuivi, soit seul, soit en collaboration avec L. Duvernay, une série de recherches sur les réactions biologiques du pus blennorragique. Nous nous sommes proposé d'étudier ce pus à l'état frais sans lui faire subir les manipulations successives (étalement, dessiccation, fixation), que comportent les procédés habituels d'examen.

Nous avons observé les éléments cellulaires que con-

tient ce pus en suspension dans le sérum isotonique et placés dans les conditions les plus favorables au maintien de leur intégrité.

De plus, nous avons appliqué à l'étude des leucocytes du pus blennorragique la méthode des colorations vitales.

Nous résumons les principaux résultats de nos observations.

Le pus blennorragique est formé de leucocytes qui, pour la plupart, ont conservé toute leur vitalité. Ce sont des cellules vivantes et la première preuve de ce fait est la constatation, chez ces leucocytes observés dans un sérum isotonique, de mouvements amiboïdes que nous nous sommes efforcés d'analyser.

Nous avons distingué les *mouvements sur place*, les plus fréquents très rapides, modifiant à chaque instant l'aspect du leucocyte. Ils sont dus à la formation incessante de prolongements le plus souvent ténus, en aiguilles, développés aux dépens de la portion hyaline du protoplasma leucocytaire. Le protoplasma granuleux de la cellule ne prend aucune part à leur formation.

D'autres mouvements s'accompagnent du déplacement du leucocyte. Dans ces cas, l'élément cellulaire émet un prolongement volumineux, formé tout d'abord par l'hyaloplasma, mais dans lequel la substance granuleuse du leucocyte ne tarde pas à fluer. Le leucocyte se déplace alors tout entier dans la direction du prolongement

Nous avons noté l'apparition de ces divers mouvements à une température relativement basse, et leur persistance fort longue, jusqu'à vingt-quatre heures.

Nous avons étudié les phénomènes qui précèdent

la mort du globule : les émissions sarcodiques et les mouvements browniens.

Nous avons pu reproduire ces mouvements browniens en plaçant les leucocytes dans des solutions hypotoniques.

Nous avons d'ailleurs étudié l'influence sur la mobilité leucocytaire de la concentration des sérums, de la présence ou de l'absence d'oxygène, des injections modificatrices urétrales, de l'âge de la blennoragie, etc.

Enfin, nous avons appliqué à l'étude des éléments cellulaires de cette suppuration la méthode des colorations vitales (Brandt et Certes, Ehrlich, Himmel, Plato).

Nous avons constaté que les leucocytes vivants et mobiles placés dans un sérum isotonique additionné de rouge neutre restent incolores.

Chez certains leucocytes protoplasma et noyau sont colorés : ce sont des leucocytes morts. La coloration massive du leucocyte est caractéristique de sa mort, et ce procédé permet facilement de reconnaître si un globule blanc a conservé ou perdu sa valeur physiologique.

Les gonocoques intra-cellulaires se colorent intensément au sein du protoplasma du leucocyte.

La méthode de la coloration vitale nous a paru pouvoir être appliquée avec fruit à la recherche clinique du gonocoque dans les suppurations urétrales.

Certains leucocytes renferment des granulations de teinte, de taille et de nombre variables, nous avons tenté d'en établir la signification.

Nous avons enfin cherché à interpréter le mécanisme des colorations vitales.

Des recherches récentes ont confirmé, sur plusieurs

points, nos conclusions. Nous citerons, en particulier, les travaux du professeur Achard, de A. Policard, etc. Cette étude du pus blennorragique a été l'une des premières applications cliniques de la méthode d'examen des éléments à l'état frais et de l'emploi dans ces recherches des colorants vitaux. Cette méthode a trouvé depuis de nombreuses applications.

Les terminaisons nerveuses et les organes nerveux sensitifs de l'appareil locomoteur. Dispositifs nerveux kinesthésiques (6).

Il existe dans les organes locomoteurs (muscles, tendons, synoviales et ligaments articulaires, etc.), des appareils nerveux qui reçoivent les impressions produites par le fonctionnement de ces organes, et qui sont véritablement les dispositifs récepteurs du sens kinesthésique. Quoique bien connus des histologistes spécialisés dans l'étude des terminaisons nerveuses périphériques, ces dispositifs nerveux étaient presque entièrement ignorés de la plupart des physiologistes et des médecins : aussi l'exposition d'un tel sujet a-t-elle été choisie par les directeurs de la *Revue générale d'Histologie*, tout au début de cette publication, comme un exemple des services que peuvent rendre à la science les monographies qu'ils se sont proposé de faire paraître.

Nous avons rédigé, en collaboration avec M. Regaud, la première partie d'une monographie consacrée aux dispositifs récepteurs du sens kinesthésique. Cette partie comprend les terminaisons nerveuses et les organes nerveux sensitifs des muscles striés.

Après une introduction physiologique, le premier chapitre est consacré aux généralités sur les nerfs sen-

sibles des muscles (historique sommaire, trajet intramusculaire des fibres nerveuses sensibles, classification des dispositifs terminaux).

Le chapitre II comprend l'étude absolument complète du plus important et du plus remarquable des dispositifs sensibles des muscles, les fuseaux neuromusculaires. Nous avons procédé à une description analytique minutieuse des fuseaux dans les groupes de vertébrés où on les a jusqu'ici étudiés : reptiles, amphibies, oiseaux, mammifères. C'est chez les reptiles — où nous les avons nous-même personnellement étudiés — que l'on a observé, le plus complètement, les spécimens les plus simples des curieux organes que sont les fuseaux. Réduit à sa plus simple expression, un fuseau neuromusculaire de reptile se compose d'une fibre musculaire à caractères un peu spéciaux, entourée d'une capsule lamelleuse, et recevant une ou plusieurs terminaisons motrices, disposées en dérivation par rapport aux fibres nerveuses qui commandent les fibres musculaires communes; une terminaison sensible, étroitement accolée à la fibre musculaire, parfois même, enroulée en spirale autour de celle-ci, est excitée par la contraction. Relativement aux fuseaux des mammifères (notamment de l'homme), nos connaissances sont, à certains égards, plus complètes, à d'autres points de vue encore inparfaites : nous avons réuni tous les documents existants : anatomiques (répartition et topographie des fuseaux), histologiques, embryologiques, anatomo-pathologiques, et physiologiques, — cela dans un ordre didactique, et en reproduisant dans le texte toutes les figures publiées par nos prédécesseurs et qui avaient quelque intérêt. Nous terminons le paragraphe consacré au mécanisme his-

tophysiologique du fuseau neuro-musculaire, en montrant que cet appareil fonctionne comme un *enregistreur de la contraction musculaire*, un *systolesthésiomètre*.

Les fuseaux neuro-musculaires sont le type des *dispositifs nerveux épimysiaux*, c'est-à-dire étroitement annexés aux fibres musculaires. Mais il est d'autres dispositifs nerveux du même ordre, de signification encore discutable : terminaisons nerveuses ombelliformes des amphibiens et des reptiles, terminaisons en pinceaux des sélaciens, terminaisons en paniers et en réticelles des poissons et des amphibiens, enfin certaines terminaisons nerveuses rencontrées dans les muscles oculaires des mammifères. Il existe en outre dans les muscles des terminaisons interstitielles en buissons, et des corpuscules paciniformes. Le troisième et dernier chapitre est consacré à ces diverses formes de terminaisons nerveuses des muscles.

Enfin, nous avons rassemblé, dans un index bibliographique de vingt-neuf pages, les titres (et souvent une courte analyse) de tous les travaux histologiques se rapportant à cette question des nerfs sensibles des muscles.

Recherches sur les fuseaux neuro-musculaires des ophidiens (5).

On sait que chaque fuseau neuro-musculaire d'ophidien ne comprend qu'une seule fibre musculaire, qui est extrêmement grêle. Giacomini a distingué deux variétés de fuseaux chez les reptiles : les uns possèdent une terminaison sensible peu étendue, engainée dans une capsule affectant la forme d'un fuseau court; nous les appelons *fuseaux à terminaison sensitive circon-*

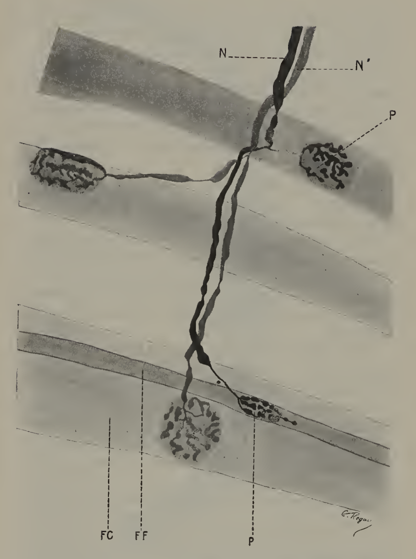


Fig. 1. — Fibres musculaires ordinaires et fuseau neuro-musculaire.
Imprégnation par le chlorure d'or.

NN', nerfs ; P, plaques motrices ; FC, fibre musculaire commune ;
FF, fibre du fuseau.

scrite. Les autres ont une terminaison sensitive plus étendue, engainée dans une capsule peu distincte : ce sont les *fuseaux à terminaison sensitive étendue*. Nous avons trouvé que ces deux types de fuseaux ne sont que les extrêmes d'une série comprenant beaucoup de types intermédiaires. Nous décrivons, avec une précision qui faisait jusqu'alors défaut, les variations de la capsule de la fibre musculaire et de la terminaison sensible.

Nous démontrons que les noyaux multiples qu'on rencontre dans le renflement dépourvu de striation de la fibre musculaire sont indépendants les uns des autres et arrondis, contrairement à certaines descriptions antérieures. Nous prouvons aussi que le renflement de la fibre musculaire a une surface lisse et non point dentelée, et que cette forme dentelée, à laquelle Cipollone a attaché une certaine importance, est une déformation artificielle.

Nous étudions ensuite la morphologie et la nature des expansions nerveuses dites placoïdes, qui se font sur la fibre musculaire fusale de part et d'autre de l'expansion sensitive. Nous nous rangeons à l'opinion d'après laquelle ces expansions placoïdes en général sont motrices, quelle que soit leur disposition variable. Nous démontrons enfin que, chez les ophidiens, ces expansions placoïdes sont fournies par des collatérales des fibres nerveuses motrices destinées aux fibres ordinaires ; si ce fait est beaucoup plus difficile à observer chez les ophidiens que chez les lacertiens (où Perroncito l'a mis hors de doute), cela tient à ce que le point de dérivation de la fibre nerveuse motrice destinée au fuseau est relativement très éloigné du fuseau lui-même, et par conséquent difficile à trouver.



Fig. 2. — Fuseau neuro-musculaire de reptile. Coloration par l'hématéine et l'éosine. Les terminaisons nerveuses n'ont pas été imprégnées.

F, fibre; C, capsule.

Les réseaux élastiques de la paroi propre des glandes sudoripares (44).

Avec M. Nicolas, nous décrivons et figurons dans la paroi propre des glandes sudoripares un dispositif élastique formant autour du tube deux systèmes de fibres, les unes annulaires, les autres longitudinales.

Aucune mention de ce réseau élastique périsudoripare n'est faite dans les traités classiques d'histologie. Ce réseau appartient en propre au tube glandulaire sudoripare. Il est ordonné par rapport à ce tube dont il est solidaire au point de vue pathologique.

Nous avons vu dans divers cas d'inflammation dermique tous les éléments élastiques du derme disparaître à l'exception du dispositif élastique périsudoripare qui persistait seul autour des glandes intactes.

Cette intégrité surprenante est une nouvelle preuve de l'étroite solidarité du réseau élastique et du tube glandulaire. L'indépendance relative des divers systèmes élastiques de la peau vis-à-vis de l'inflammation n'a pas attiré l'attention : elle mérite, croyons-nous, d'être signalée.

Recherches sur les mitochondries (31, 32, 36, 51, 53, 57, 58, 67, 71).

On désigne sous le nom de mitochondries (μιτος, filament, χονδρον, article ou segment de membre) des corpuscules du protoplasma, ayant la forme de filaments longs et flexueux, de bâtonnets, de grains disposés en chapelet ou de grains non ordonnés entre eux, organites caractérisés non seulement par une forme précise, mais encore par des réactions microtechniques, une composition chimique et des propriétés physiologiques qu'on commence à entrevoir.

Ces éléments, déjà vus notamment par Altmann, qui les avait nommés filaments végétatifs et bioblastes (1890), ont été décrits avec plus de détails par Benda (1896) qui les nomma mitochondries. Ils ont fait l'objet d'innombrables recherches de la part des histologistes contemporains. Ils ne sont pas un artifice de préparation, mais on les voit dans les cellules vivantes. Ils existent dans toutes les cellules, au moins à un certain moment de leur existence; dans beaucoup de cellules, ils constituent, par leur ensemble, un appareil permanent, le chondriome.

L'intérêt des mitochondries résulte de l'importance fondamentale qu'on s'accorde à leur attribuer, dans les actes physiologiques, et probablement aussi pathologiques de la cellule.

Recherches cytologiques sur les glandes de la peau (57, 58).

Nous avons poursuivi avec M. Regaud et M. Nicolas des recherches sur la structure histologique fine des glandes de la peau chez l'homme.

Glandes sudoripares. — Le protoplasma des cellules du segment sécréteur des glandes sudoripares, que certains auteurs décrivent encore comme homogène et ne renfermant à son intérieur aucune formation figurée, contient en réalité des différenciations complexes. Ce sont :

Des mitochondries surtout granuleuses.

Des grains de ségrégation.

Des enclaves graisseuses.

Au point de vue des grains, il y a lieu de distinguer

quatre variétés d'aspect des cellules sudoripares : *a)* cellules dont la région supranucléaire est complètement bourrée de grains tous égaux et équidistants ; *b)* cellules dont la région supranucléaire contient à la fois des grains et de petites vacuoles non colorées, régulières, donnant au protoplasma un aspect spongieux ; *c)* cellules dont la région supranucléaire ne contient que des vacuoles, sans aucun grain ; *d)* cellules dont la région supranucléaire est formée de protoplasma homogène, et ne contient ni grains ni vacuoles. Le tube sudoripare représenté par la figure 2 montre des exemplaires de ces divers aspects.

Il est certain que ces aspects différents correspondent à des stades successifs dans le fonctionnement de la cellule sudoripare : maturation, accumulation, dissolution des grains. Mais il est nécessaire que des expériences méthodiques nous aient apporté la certitude, pour qu'il soit possible d'établir l'exacte sériation de ces stades.

Nous n'avons pu observer ici la formation des grains de ségrégation aux dépens des mitochondries, comme le fait a été mis en évidence dans les glandes salivaires. Ce mode de formation est cependant très probable.

Parmi les granulations mitochondriales colorées en noir d'encre dans les cellules, il y a de rares mitochondries, qui sont à la fois plus grosses et d'aspect vésiculeux ; leur centre est incolore. Nous croyons que ces mitochondries vésiculeuses sont en rapport avec la formation des gouttelettes de graisse qu'on a trouvées en abondance très variable dans les glandes sudoripares.

Nous signalons que les cellules du segment excré-

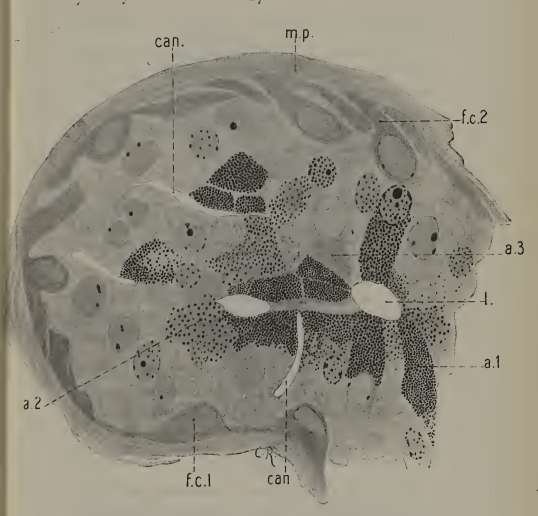


Fig. 3. — Coupe oblique du segment dit « sécréteur » d'une glande sudoripare.

m.p., membrane propre; *f.c.1*, fibres cellules myo-épithéliales, coupées transversalement au niveau de leur noyau; *f.c.2*, autres fibres de même nature, coupées obliquement; *l*, lumière principale du tube glandulaire; *can.*, canalicules intercellulaires; *a.1*, *a.2*, *a.3*, cellules glandulaires, montrant des grains de ségrégation et des vacuoles, à divers stades fonctionnels (grossissement: 1380).

teur présentent des signes histologiques manifestes d'activité.

Il est probable que ce segment ne joue pas seulement le rôle d'un canal inerte, mais qu'il intervient dans l'élaboration de la sueur.

A notre connaissance, les mitochondries des glandes sudoripares n'ont été ni décrites, ni figurées jusqu'à présent.

Glandes sébacées. — Nous décrivons et figurons, dans les cellules des glandes sébacées, des mitochondries dont nous étudions les transformations suivant les stades d'évolution des cellules. Nous croyons que ces mitochondries jouent un rôle important dans l'élaboration de la graisse au sein du protoplasma des cellules. Des faits analogues ont été observés par Dubreuil dans les cellules adipeuses du tissu conjonctif, par Hoven dans les cellules de la glande mammaire.

Nous cherchons ensuite à établir la signification générale de ces organites du protoplasma que sont les mitochondries.

Sur la nature des filaments d'Herxheimer ou filaments basaux de l'épiderme (32, 36, 53)

Nous avons réussi à colorer électivement dans l'épiderme une variété de filaments dont le dermatologiste allemand Herxheimer a donné le premier la description.

Ces filaments très particuliers n'avaient fait en France avant nos recherches l'objet d'aucun travail d'ensemble.

Les difficultés auxquelles on se heurte pour la mise



Fig. 4. — Coupe de la peau du prépuce dans la cicatrice d'un chancre syphilitique.

Filaments d'Herxheimer dans l'assise basale et les premières couches du corps muqueux de Malpighi.

Technique : Fixation par le mélange de bichromate à 3 pour 100, 80 volumes + formol, 20 volumes, cinq jours ; bichromate à 3 pour 100, trois mois ; hématoxyline ferrique (grossissement : 1000).

en évidence de ces filaments, la complexité des faits histologiques expliquent que les opinions les plus opposées aient été soutenues au sujet des filaments d'Herxheimer. Ces filaments constituent certainement des parties différenciées mais normales du protoplasma des cellules de l'épiderme.

Des caractères essentiels les distinguent des filaments unitifs de Ranvier. Nous les avons résumés dans le tableau suivant :

Fibrilles épidermiques	*Filaments basaux*
Situées dans toute la hauteur du corps muqueux de Malpighi.	Localisés presque exclusivement dans la couche génératrice.
Très fines.	Relativement épais.
Très longues, passant indéfiniment — en apparence du moins — d'une cellule à l'autre par les ponts intercellulaires.	Beaucoup plus courts, presque toujours limités à une seule cellule, exceptionnellement s'étendant à deux.
Rectilignes sur des longueurs relativement grandes.	Onduleux, souvent spiralés comme des spirilles.
Occupent l'exoplasme cortical des cellules.	Occupent ordinairement le protoplasma périnucléaire, sauf exceptionnellement en cas de passage d'une cellule à l'autre.
Visibles sans coloration particulière ; peuvent être électivement colorés à l'exclusion des filaments basaux.	Invisibles sans coloration ; peuvent être électivement colorés à l'exclusion des fibrilles épidermiques.

Ces filaments sont donc distincts des fibrilles épidermiques par leur situation, leur épaisseur, leur brièveté relative, leur forme onduleuse, leurs rapports de voisi-

nage étroits avec le noyau, leurs réactions microtechniques.

Fibrilles épidermiques et filaments basaux ne sont donc pas une seule et même chose, mais il existe peut-être — et tel est notre avis — des relations possibles entre ces deux formations.

Nous en arrivons à considérer les filaments d'Herxheimer comme de véritables chondriosomes des cellules épidermiques. Ces filaments se continuent, croyons-nous, par leur extrémité dirigée vers la surface de la peau avec les fibrilles épidermiques. Nous les considérons comme la racine et l'organe d'élaboration de ces fibrilles.

Les filaments d'Herxheimer ne représentent pas, il est vrai, la seule forme du chondriome des cellules épidermiques. Sous certaines influences — inflammations légères par exemple — on trouve dans ces cellules d'autres types de mitochondries, grains, filaments courts. Le chondriome des cellules épidermiques est susceptible de subir des modifications morphologiques considérables sous l'influence d'actions pathologiques minimes.

Mitochondries des fibres musculaires striées (00).

On connaissait depuis Kölliker (1857) dans les fibres musculaires striés, particulièrement chez les insectes, des granulations situées entre les colonnettes contractiles. Mais aucune signification particulière n'avait été attribuée à ces « grains interstitiels », d'ailleurs à peine mentionnés chez les mammifères.

Nous avons réussi à mettre en évidence ces grains, dans les fibres musculaires des mammifères, en les

colorant intensément et d'une façon parfaitement élective par une méthode appropriée à la coloration des chondriosomes (mitochondries). Ce sont des grains et des filaments plus ou moins longs et flexueux, occupant les espaces intercolumnaires de la fibre musculaire, plus abondants autour des noyaux.

Benda, l'auteur des mitochondries, crut que les disques épais de la substance conctractile représentaient les mitochondries de la fibre musculaire. Nous montrons, au contraire, que les mitochondries correspondent aux grains interstitiels. Rapprochant de ce fait une découverte récente d'Arnold, à savoir que le glycogène des fibres musculaires striées est situé dans les intervalles des colonnettes contractiles, nous émettons l'opinion que les mitochondries de la fibre musculaire sont le support du glycogène, et jouent un rôle important dans la fixation, la concentration et l'élaboration des matériaux nourriciers nécessaires au fonctionnement de la fibre.

Les mitochondries des cellules néoplasiques (51).

J'ai étudié avec mon maître, M. Regaud, et par la méthode qu'il a fait connaître pour mettre en évidence les formations mitochondriales, deux carcinomes du sein et sept cas de sarcomes.

Cancers du sein. — Dans les deux cas, nous avons pu mettre en évidence des mitochondries dont l'aspect, la répartition, l'abondance sont d'une grande variabilité.

Beaucoup de cellules contiennent, outre les mitochondries filamenteuses, des grains plus volumineux.



Fig. 5. — Mitochondries des cellules néoplasiques dans le carcinome de la mamelle.

Chondriome dense périnucléaire, II, 1-2.
Chondriome filamenteux, IV.
Grains et vésicules à centre clair, parfois développés sur le trajet ou à l'extrémité des filaments mitochondriaux, III, 1-2.

Dans quelques cellules les grains existent seuls. On rencontre communément des grains et des vésicules à centre clair développés sur le trajet ou à l'extrémité des filamenteux mitochondriaux.

Sarcomes. — Dans tous les cas de sarcomes (7) que nous avons examinés, nous avons trouvé constamment des mitochondries abondantes, presque toujours particulièrement fines, affectant le plus souvent la forme de grains.

Nous avons toujours remarqué un rapport topographique étroit entre la surface du noyau et les mitochondries ; en général, le chondriome s'étale sur le noyau qu'il enveloppe parfois complètement. On voit, en outre, des mitochondries disséminées dans le corps cellulaire, principalement dans le cas où le protoplasma élabore des grains de ségrégation.

Les formes, la disposition, les réactions microtechniques des organites que nous avons décrits et figurés ne permettent aucun doute sur leur nature chondriosomale.

Ces organites jouent, certainement, dans les phénomènes d'intussusception, d'assimilation et d'élaboration des produits de sécrétion que présentent les cellules néoplasiques, un rôle important.

Nous avons pu constater, en effet, que les grains de ségrégation, les vésicules à centre clair, se rencontrent communément sur le trajet ou à l'extrémité de filaments, mitochondriaux.

Ce que l'on sait aujourd'hui du rôle des mitochondries dans les phénomènes de sécrétion permet de conclure de ce dernier fait que les enclaves sécrétoires des cellules cancéreuses, comme celles des cel-

lules glandulaires (Cl. Regaud), se forment par l'intermédiaire des chondriosomes.

L'appareil mitochondrial intervient certainement dans l'élaboration de ces produits de sécrétion des cellules néoplasiques, sur l'importance desquels des travaux récents (Roger) ont attiré l'attention.

Nous signalons ce fait que les mitochondries authentiques que nous avons trouvées dans les cancers présentent, sauf les gros grains et les vésicules, d'ailleurs plutôt rares, un aspect microbien très caractéristique et qu'elles pourraient être prises pour des parasites des cellules néoplasiques.

Recherches sur l'absorption des savons par la muqueuse intestinale (26).

Nous nous sommes proposé d'étudier sur quelques animaux (chien, rat, souris, cobaye) l'absorption des savons par la muqueuse intestinale. Il est admis généralement aujourd'hui que l'intestin n'absorbe pas les graisses en nature, mais seulement sous forme de savons, au moins pour la majeure partie. L'absorption des savons par la muqueuse et les modifications que celle-ci fait subir aux savons absorbés offrent donc un intérêt très grand, puisqu'elle nous renseigne sur le mode normal d'absorption et les transformations histochimiques des graisses ingérées.

Nous exposons la technique que nous avons adoptée pour ces recherches, qui nous ont permis d'établir les conclusions suivantes :

La muqueuse intestinale absorbe les savons et les dédouble en acides gras et alcali. Ce dédoublement

semble s'effectuer molécule à molécule dans la zone supra-nucléaire de la cellule épithéliale.

Les figures histologiques observées pendant l'absorption des savons sont semblables à celles que donne l'absorption des graisses. Ce dernier fait constitue un argument indirect en faveur de l'absorption intestinale normale des graisses sous forme de savons solubles.

Nos recherches confirment celles de Perewoznikoff et Will.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Les travaux groupés dans ce chapitre sont relatifs à la pathologie de divers appareils : poumons, foie, système nerveux, ganglions, etc.

Nous y avons également fait rentrer l'étude des formes larvées de la syphilis : formes pseudo-tuberculeuses, formes pseudo-néoplasiques.

Sur un cas de cyanose avec hyperglobulie et splénomégalie (48).

Nous rapportons avec notre maître le professeur J. Courmont une observation de cyanose avec polyglobulie et splénomégalie réalisant le syndrome décrit par Vaquez en 1892.

Ce syndrome existait au complet chez notre malade. La cyanose était très intense, la rate volumineuse, dure, bosselée, débordait les fausses côtes de cinq travers de doigt. Les deux derniers examens de sang révélaient un chiffre de globules rouges dépassant 9.000.000.

Les globules blancs étaient également très nombreux, nous avons trouvé à divers examens des chiffres voisins de 40.000.

La leucocytose portait surtout sur les leucocytes polynucléaires, lors des derniers examens de sang

on comptait 90 pour 100 de polynucléaires. Il n'existait ni myélocytes ni globules rouges à noyaux.

L'affection s'était installée progressivement au cours d'une néphrite chronique. La malade ne toussait pas et l'on ne pouvait mettre la cyanose sur le compte d'une affection chronique de l'appareil respiratoire.

L'examen du cœur ne révélait qu'une déviation de la pointe en dehors, ainsi qu'un degré léger d'hypertrophie cardiaque sous la dépendance de la néphrite. Il n'existait à l'auscultation du cœur aucune autre modification qu'un rythme de galop.

Nous avons fait l'autopsie de la malade qui présentait ce syndrome érythrémique et nous avons examiné histologiquement ses divers organes.

La moelle osseuse était en pleine reviviscence, bourrée de myélocytes éosinophiles et neutrophiles, de cellules à noyaux bourgeonnants, de globules rouges nucléés. La rate volumineuse — (610 grammes) — ne présentait qu'une congestion intense, de la sclérose pulpaire, des figures de macrophagie.

Nous avons cherché à établir la cause qui a mis en branle les organes hématopoiétiques et nous incriminons la lésion rénale.

Nous n'avons, en effet, aucune autre cause susceptible d'être invoquée. La succession des manifestations cliniques, la précession de la néphrite plaident en faveur du rôle de la lésion rénale.

Nous avons cru pouvoir, pour ces raisons diverses, établir la possibilité de relations entre le syndrome érythrémique et les néphrites chroniques.

Des observations confirmatives ont été publiées en France depuis notre travail (Castaigne, Carles).

Ces faits démontrent que le syndrome clinique et

hématologique décrit par Vaquez peut reconnaître comme cause une néphrite chronique.

Echinococcose alvéolaire du foie (54).

L'échinococcose alvéolaire du foie est, dans nos pays, une affection extrêmement rare — quatre cas seulement ont été observés en France — (cas de Hayem, cas de Dematties, cas de Marchand et Adam, et notre cas personnel).

Notre malade, homme de quarante-huit ans, sans antécédents notables, souffrait depuis deux ans d'une douleur sourde dans la région hépatique. Le foie était devenu gros, l'appétit avait diminué sans qu'il y eût de dégoût électif : le malade avait eu a plusieurs reprises des crises de prurit, mais jamais il n'avait présenté d'ascite, d'ictère, d'hémorragies ni d'œdème des membres inférieurs. A l'arrivée à l'hôpital, on constatait une hypertrophie considérable du foie qui remontait en haut jusqu'au cinquième espace et descendait à quelques travers de doigt au-dessus du pubis. La palpation en était douloureuse. La base de l'hémithorax droit formait une voussure très nette et à ce niveau la respiration était obscure, la sonorité diminuée, on pouvait cependant affirmer l'absence d'épanchement qui fut plus tard démontrée par la radioscopie.

On ne trouvait absolument rien d'anormal du côté des autres organes. Le sujet était très amaigri; il avait perdu ses forces : il souffrait soit au niveau du foie, soit dans le dos de douleurs presque constantes qui nécessitèrent l'emploi de la morphine.

Cet état de cachexie faisait penser à un néoplasme que la longue durée de l'affection rendait improbable.

Le diagnostic porté fut celui de kyste hydatique que confirmait bientôt une éosinophilie sanguine de 4 à 6 pour 100, ainsi qu'une réaction de fixation très positive.

La fluctuation et le frémissement hydatique manquaient cependant, ainsi que l'aspect radioscopique habituel des kystes hydatiques.

L'opération pratiquée parut infirmer notre diagnostic. Il fallut traverser une coque résistante, blanchâtre, excessivement dure, d'aspect néoplasique, pour arriver dans une cavité anfractueuse remplie d'un liquide épais, louche, ne contenant ni vésicules ni crochets. Le malade très affaibli succombait quelques jours plus tard.

A l'examen du foie le diagnostic porté fut celui de cancer alvéolaire.

Cependant à un examen ultérieur la multiplicité des alvéoles, la présence à leur intérieur de petites vésicules, l'aspect de la coupe du foie, ressemblant à une tranche de pain bis, firent suspecter ce diagnostic.

L'examen histologique révéla d'innombrables kystes la plupart stériles, mais quelques-uns renfermant des parasites caractéristiques.

Le diagnostic d'échinococcose alvéolaire confirmé par le professeur Guiart n'était plus douteux.

Nous insistons, à propos de cette observation, sur cette forme très particulière cachectisante, pseudonéoplasique du kyste hydatique alvéolaire.

La confusion avec le cancer est presque fatale, dans notre cas les chirurgiens l'ont faite sur la table d'opérations; nous-même, malgré les fortes raisons que nous avions de croire à l'échinococcose, nous avons eu un moment de doute sur la table d'autopsie. La confusion a d'ailleurs été faite par d'illustres anatomo-pathologistes (Frerichs, Boethcher). Ce dernier auteur a

démontré « sur une préparation du musée de Dorpat, qui présentait pour l'aspect et la structure l'analogie la plus parfaite avec le cancer colloïde du foie, décrit par Luschka, la présence des corpuscules calcaires, des crochets, et des couches stratifiées des tænioïdes ».

La forme que nous avons observée diffère de celle qu'affecte le plus souvent en clinique le kyste hydatique alvéolaire, il n'existait en effet ni ascite, ni splénomégalie ni ictère.

Cette forme douloureuse, pseudo-néoplasique mérite donc d'être individualisée.

La cachexie particulière nous paraît reconnaître pour cause la toxicité des kystes qui se traduisait dans notre cas par l'éosinophilie sanguine et par une réaction de Weinberg très positive.

Nous avons fait, dans la thèse de notre élève Ch. Daujat, une étude très complète de l'échinococcose alvéolaire sur laquelle n'existait en France aucun travail d'ensemble. Nous exposons les principales formes cliniques que peut revêtir l'affection ; nous discutons le mode de développement du parasite, sa nature, son origine.

Nous signalons l'existence dans le Jura français d'un foyer de l'échinococcose alvéolaire que l'on croyait particulière à la Bavière, au Tyrol et à la Russie.

Syndrome double de rétention biliaire et de sténose duodénale, oblitération cicatricielle du cholédoque et péritonite chronique sous-hépatique d'origine lithiasique (66).

L'ensemble des symptômes et lésions brièvement énumérés dans le titre ci-dessus est rarement réalisé en clinique.

Dans notre cas, pour expliquer à la fois la rétention biliaire et la sténose duodénale, l'hypothèse d'un néophasme duodénal paraissait à première vue la plus vraisemblable.

Une objection capitale cependant pouvait être soulevée contre cette hypothèse. Lorsqu'on étudie l'histoire des néoplasmes duodénaux, on sait que ceux qui sont sténosants pour le conduit intestinal, forme prépylorique et forme préjéjunale, respectent les voies biliaires, et que ceux qui oblitèrent le cholédoque, forme vatérienne, ne sont pas sténosants pour l'intestin.

Il était difficile d'expliquer notre cas si nous le comparions aux cas connus par un néoplasme pur et simple du duodénum.

Il fallait plutôt supposer une double lésion : un néoplasme du pylore, par exemple, avec un noyau de généralisation comprimant les voies biliaires. Encore cette hypothèse n'était-elle pas absolument satisfaisante, la palpation étant négative au point de vue du pylore.

Le cancer du pancréas, enfin, s'il expliquait bien l'ictère intense, la tuméfaction de la vésicule, la diarrhée, la cachexie rapide, ne rendait pas compte de l'obstruction du tube intestinal.

L'autopsie donna la clef du problème : une bride fibreuse provoquait une sténose duodénale, l'ictère chronique était causé par une oblitération cicatricielle du cholédoque.

Les sténoses inflammatoires du cholédoque aboutissant à la transformation de ce canal en un cordon plein sont des faits rares. Le cas que nous rapportons, avec examen histologique vient s'ajouter aux observations publiées récemment par Mathieu.

L'hémiplégie au cours de la scarlatine (70).

L'observation que nous rapportons à trait à un jeune homme qui au cours d'une scarlatine typique, mais sans caractères particuliers de malignité, fut pris au dixième jour, alors que l'éruption avait presque disparu et que la température était redevenue normale, d'une hémiplégie droite totale avec aphasie.

L'hémiplégie avait été précédée de douleurs abdominales assez violentes, sans constipation ni vomissements et sans manifestations objectives abdominales.

L'examen du malade ne révélait aucun signe clinique de réaction méningée, les urines ne contenaient pas de sucre, la tension artérielle était normale, et l'examen du cœur ne permit de déceler aucun signe de myocardite, d'endocardite ou de dilatation cardiaque.

La mort survint 48 heures après le début des accidents paralytiques, hyperthermie terminale.

Nous discutons la pathogénie de cette complication très rare de la scarlatine. Nous n'avons pu faire l'autopsie de notre malade, mais dans les cas publiés les lésions sont très différentes d'une observation à l'autre (méningo-encéphalites, phlébite des sinus, hémorragies cérébrales, ramollissements).

Nous rejetons l'hypothèse d'hémorragie cérébrale en raison de l'absence de néphrite et d'hypertension, ou celle de méningite dont il n'existait aucun signe clinique.

Le diagnostic d'embolie peut être discuté, mais l'absence de tout signe cardiaque rend ce diagnostic peu vraisemblable.

Restent donc pour expliquer l'hémiplégie dans ce cas particulier l'hypothèse d'une encéphalite, ou d'une oblitération thrombosique de la sylvienne par artérite

infectieuse. Cette dernière hypothèse est celle qui nous a paru la plus vraisemblable.

Il est à noter que le malade n'était pas syphilitique et que c'est bien à la scarlatine seule que l'on doit rapporter cette hemiplégie mortelle.

MM. Gouget et Pélissier dans leur communication à la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, en 1905, n'ont relevé dans la littérature médicale que six observations françaises de la complication grave dont nous rapportons une nouvelle observation.

Sur un cas de spondylite typhique (61).

Les cas de spondylite typhique publiés en France sont encore peu nombreux.

Celui que nous rapportons a été observé chez une femme âgée de soixante ans, au cours d'une dothiénentérie sévère et prolongée.

L'inflammation vertébrale atteignait les dernières vertèbres lombaires et le sacrum.

La symptomatologie était des plus classiques (douleurs spontanées et à la pression irradiées dans les membres inférieurs, immobilisation, contractures, exagération des réflexes, etc.).

Pendant quelques jours on observa quelques troubles sphinctériens.

Cette spondylite aiguë, fébrile, très douloureuse a duré cependant un temps relativement court (un mois et demi environ). La durée de l'inflammation vertébrale typhique peut être beaucoup plus longue et se prolonger pendant six mois et plus.

L'amélioration s'est brusquement affirmée par une sédation marquée des douleurs et par la chute de la

fièvre qui s'était maintenue élevée pendant toute la durée de cette complication.

La gêne des mouvements a persisté plus longtemps, mais la guérison s'est produite complète et sans séquelles.

Cette observation nous a paru intéressante par l'évolution rapide et favorable, chez une malade âgée et très affaiblie, d'une localisation de l'infection éberthienne considérée habituellement comme particulièrement tenace et grave.

Lymphogranulomatose inguinale d'origine génitale probable peut-être vénérienne (59, 60).

Nous avons proposé le terme de « lymphogranulomatose » pour désigner une variété particulière d'adénite inguinale décrite le plus souvent sous le nom d'« adénite subaiguë de l'aine, à foyers purulents intraganglionnaires » et dont nous avons poursuivi l'étude avec M. Durand et notre maître M. Nicolas.

Par son évolution clinique, ses lésions histologiques, les caractères très particuliers de sa suppuration amicrobienne, cette variété d'adénite mérite de retenir l'attention et d'être expressément individualisée.

Cliniquement, cette adénite qui siège toujours au-dessus du pli inguinal procède à la fois des adénites aiguës par son caractère suppuratif, par les poussées inflammatoires qu'elle présente, et des adénites chroniques par son évolution interminable.

Si l'on vient à ouvrir, au fur et à mesure de leur formation, les foyers localisés de suppuration qui, en des points multiples et distincts, tendent à s'ouvrir en dehors, on n'évacue à chaque intervention qu'une petite quantité de pus. Les abcès incisés restent fistuleux ou

ne se ferment que très lentement. Cependant la masse s'accroît, ou tout au moins ne présente aucune tendance à regresser. On n'observe jamais ici la fonte purulente totale des ganglions enflammés, leur transformation en un abcès unique, en une seule collection purulente.

La suppuration reste parcellaire, évoluant par foyers distincts : une collection succède à une autre, si bien que la peau de la région inguinale peut être transformée en une véritable écumoire dont chaque orifice conduit dans une cavité primitivement isolée des voisines.

La réparation peut n'être complète qu'au bout de plusieurs mois. Seule l'ablation systématique, en bloc, de toute la masse ganglionnaire permet d'obtenir rapidement la guérison de cette adénite si particulière, très souvent prise, en raison de sa chronicité, pour une adénite tuberculeuse.

L'examen des ganglions atteints les montre fusionnés par un processus de périadénite et contenant dans leur parenchyme de petits abcès généralement isolés et multiples, dont le pus blanchâtre, visqueux, glaireux est très caractéristique.

L'examen histologique montre des lésions bien différentes des modifications provoquées par les inflammations banales. On trouve dans ces ganglions de véritables gommes, dont le centre caséeux est entouré d'une large barrière de cellules épithélioïdes et de cellules géantes.

Des nodules épithélioïdes, des cellules géantes isolées s'observent également dans le parenchyme du ganglion.

Les gommes subissent une véritable suppuration, elles sont envahies par des leucocytes et se transforment en abcès miliaires qui conservent encore la bordure épithélioïde primitive de la gomme.

Dans l'intervalle de ces formations, le parenchyme

du ganglion présente une inflammation diffuse à la constitution de laquelle participent des éléments cellulaires très variés ; on y trouve en effet de petites cellules lymphoïdes, des mononucléaires moyens, des cellules fixes du tissu conjonctif, des plasmazellen jeunes et adultes, de grandes cellules mononucléées acidophiles provenant de la transformation des éléments cellulaires du réticulum, des leucocytes polynucléaires neutrophiles et éosinophiles, des cellules à granulations basophiles, des cellules géantes. Cette réaction cellulaire « bigarrée » s'oppose à la réaction lymphoïde monomorphe que provoque autour de ses foyers la tuberculose ganglionnaire.

De fait, autour des gommes, à la périphérie des îlots épithélioïdes, on ne retrouve pas la zone de cellules lymphoïdes qui complète la série d'édifications du nodule tuberculeux classique.

Ce polymorphisme cellulaire rappelle le « bariolage cellulaire » qui constitue la principale caractéristique histologique de cette variété d'adénopathie à marche progressive décrite par les auteurs allemands sous le nom de « granulomatose ganglionnaire ».

Par ailleurs, les deux affections n'ont aucun autre caractère commun.

La lymphogranulomatose inguinale est une affection qui atteint presque exclusivement l'homme adulte. Le point d'inoculation des germes de l'adénite nous paraît être génital (gland, sillon balano-préputial). L'érosion minime, souvent herpétiforme, peut passer inaperçue.

Nous avons recherché ces germes sans résultats. Les cultures faites sur différents milieux sont restées stériles, même alors que l'adénite, en poussée aiguë, simulait une adénite suppurée.

Les ensemencements sur milieux appropriés nous ont permis d'éliminer l'hypothèse d'une affection mycosique.

Nous n'avons jamais trouvé de bacilles de Koch sur nos coupes et toutes nos tentatives d'inoculation pratiquées dans huit cas sont restées négatives. Cette variété très particulière d'adénite inguiniale ne relève donc ni des pyogènes vulgaires, ni du bacille de Koch, malgré l'aspect tuberculoïde de ses lésoins.

Nous croyons que cette adénopathie, à laquelle nous donnons le qualificatif provisoire de lymphogranulomatose, est une affection réellement spécifique.

Cette spécificité est partout évidente : elle se manifeste par la physionomie clinique et l'évolution si particulières de cette adénopathie, par son siège électif, par sa relation avec des lésions tégumentaires génitales encore insuffisamment connues, mais dont une de nos observations nous permet de soupçonner la contagiosité probable.

Cette spécificité s'affirme par l'aspect caractéristique des ganglions atteints et plus encore par les lésions histologiques d'un type si curieux et si inattendu. Il n'est pas jusqu'aux résultats négatifs des recherches bactériologiques qui ne soient un argument pour séparer le granulome inguinal des adénopathies communes.

Tout nous permet de conclure à sa spécificité étiologique et pathogénique en faveur de laquelle nous n'avons pu apporter jusqu'ici que des arguments indirects, mais si nombreux et concordants qu'ils nous paraissent légitimer amplement notre conclusion.

Sciatique et épaississement du tissu cellulaire sous-cutané (68).

Au cours de certaines sciatiques prolongées et rebelles, on voit parfois se produire, au niveau du membre atteint, un épaississement du tissu cellulaire, une véritable adipose signalée pour la première fois par le professeur Landouzy.

Un caractère de cette adipose, que nous n'avons pas trouvé mentionné, est d'être douloureuse. — Le pincement du tissu cellulaire sous-cutané, surtout en certains points où la panniculite est spécialement accusée, provoque de vives douleurs.

Dans ces cas le massage, le pétrissage du tissu cellulaire donnent de remarquables résultats, alors que la plupart des médications ont échoué.

L'épaississement du tissu cellulaire doit être regardé comme un trouble neuro-trophique.

La névralgie entraîne la panniculite qui, à son tour comprimant les extrémités nerveuses, maintient l'état douloureux. Il se crée ainsi un véritable cercle vicieux.

L'épaississement du tissu cellulaire n'est pas uniforme. En certains points la palpation révèle des noyaux plus durs, plus consistants et aussi plus douloureux, noyés dans la nappe générale d'adipose.

Ces cellulites ne sont pas toujours secondaires.

Nous signalons un cas de panniculite localisée primitive, chez une jeune fille rhumatisante. Les adiposes locales sont mal connues. La variété que l'on observe au cours de certaines sciatiques prolongées est intéressante à connaître en raison des succès que permettent d'obtenir les traitements physiothérapiques et principalement le massage.

Sur un syndrome complexe d'origine syphilitique. — Paralysie des deux membres supérieurs du type radiculaire, aortite chronique, tumeur gommeuse de la paroi abdominale (66).

L'intérêt de cette observation tient dans le caractère exceptionnel de ce syndrome et dans l'heureux effet du traitement spécifique.

Le signe d'Argyll, l'existence d'une aortite concomitante, des antécédents très suspects nous portèrent à rattacher à la syphilis les divers éléments de ce syndrome.

Il est à noter que la paralysie des membres supérieurs, après avoir débuté deux ans auparavant, avait guéri une première fois spontanément.

Il s'est agi d'une véritable rémission de la syphilis à laquelle a succédé une reprise des accidents qui ont pris alors une marche progressive.

Ces rémissions spontanées ont été signalées au cours de l'évolution de manifestations syphilitiques d'ailleurs très diverses du système nerveux.

Notre observation est, à ce point de vue, très démonstrative.

La tumeur gommeuse volumineuse dont notre malade était porteur eût été de diagnostic difficile en l'absence des troubles associés qui orientaient le diagnostic vers la syphilis.

Ce syphilome de la paroi abdominale en aurait facilement imposé pour une tumeur s'il eût évolué à l'état isolé.

Nous citons d'ailleurs dans cette observation un cas où l'erreur fut commise; une opération chirurgicale grave fut pratiquée pour une tumeur du cou qui n'était autre qu'un syphilome.

La sciatique syphilitique (29).

Nous rapportons l'observation d'un malade présentant depuis trois mois une sciatique extrêmement douloureuse, qu'aucun des traitements habituels des névralgies n'avait pu modifier. Ce malade avait eu la syphilis treize ans auparavant, et ne s'était traité que pendant quelques mois.

Nous avons pensé que la syphilis pouvait ne pas être étrangère à la production de cette sciatique. En quelques jours le traitement spécifique produisait une amélioration considérable de la douleur, puis la guérison définitive.

Il s'agit donc là d'un cas de sciatique rebelle syphilitique tout à fait comparable à ceux qu'a rapportés le professeur Dieulafoy.

Nous avons recherché avec soin chez cette malade l'existence de troubles de la sensibilité radiculaire. La syphilis est en effet la cause la plus fréquente des sciatiques radiculaires. Ces troubles n'existaient pas, les points douloureux classiques étaient très nets, l'affection strictement unilatérale, non exacerbée par la toux.

Il s'est agi d'une sciatique tronculaire dont la pathogénie ne peut être exactement précisée.

Nous faisons suivre notre observation d'une étude complète de la sciatique syphilitique en nous appuyant sur les cas antérieurement publiés.

Acromégalie et maladie de Reklinghausen (39).

L'intérêt de ce cas réside dans la coexistence, chez le malade que nous avons observé, d'une maladie de Reklinghausen et d'acromégalie.

Les signes de l'acromégalie sont au complet ; la ma-

ladie de Reklinghausen se traduit par des signes plus discrets. Elle est néanmoins indiscutable (tumeurs mollusciformes, taches pigmentaires, nævus plexiforme typique de la région inguinale droite).

Nous n'avons pas trouvé d'observation où la coexistence de l'acromégalie et du syndrome de Reklinghausen ait été signalée.

Etude du liquide céphalo-rachidien dans deux cas de rage humaine ; glycosurie rabique (22).

La virulence du liquide céphalo-rachidien des rabiques est très inconstante : une fois seulement, sur six cas humains, nous l'avons trouvée positive.

Nous croyons avoir été les premiers à étudier la cytologie céphalo-rachidienne dans la rage clinique et expérimentale : sur six cas humains, sur trois chiens et trois lapins, nous l'avons toujours trouvée absolument négative : ce fait peut avoir son importance, pour le diagnostic entre la rage et la myélite ascendante aiguë de Landry.

Accessoirement, dans deux cas humains sur huit, nous avons constaté la glycosurie, déjà signalée par d'autres auteurs (voy. n° 179).

Nos conclusions relatives à la virulence inconstante et à la cytologie négative du liquide céphalo-rachidien dans la rage ont été confirmées par MM. J. Courmont et Nicolas.

Sclérodermie et maladie de Raynaud. Examen radiographique (9).

La malade qui a fait le sujet de cette observation était un cas particulièrement typique d'association de la sclérodermie avec le syndrome de Raynaud. Dans les antécédents de cette malade, on trouvait une

affection abdominale de l'enfance que l'on peut certainement affirmer avoir été une péritonite tuberculeuse.

Quelques années plus tard, apparition de phénomènes de syncope, puis d'asphyxie locale des extrémités.

La sclérodermie était de date plus récente, elle avait débuté par les doigts et s'était généralisée ensuite, atteignant surtout les membres supérieurs et la face.

A l'examen radiographique, résorption osseuse manifeste de la dernière phalange des doigts.

Rétrécissement mitral.

Ce cas nous paraît intéressant à des points de vue divers ; la coexistence d'une maladie de Raynaud et d'une sclérodermie dont la maladie de Raynaud semble n'avoir été que la première manifestation est à noter. Cette association a fait l'objet de travaux déjà nombreux (Grasset, Favier).

Nous croyons que la cause des diverses manifestations morbides présentées par la malade : rétrécissement mitral, syncope et asphyxie locales, sclérodermie, est certainement la tuberculose.

Les troubles trophiques osseux étaient chez notre malade particulièrement nets et intenses.

Mort par ponction exploratrice du thorax. — Crises épileptiformes (42).

Nous rapportons un cas de mort rapide à la suite d'une ponction exploratrice du thorax chez une jeune femme qui présenta après un avortement de l'infection utérine et des manifestations pleuro-pulmonaires mal caractérisées cliniquement, pour le diagnostic desquelles on fit avec toutes les précautions ordinaires une ponction exploratrice de la plèvre.

Nous discutons à propos de cette observation la ques-

tion de l'épilepsie d'origine pleurale, et nous étudions les causes de la mort par simple ponction exploratrice du thorax. Nous rapportons quelques faits observés avant nous (Andry, Porter, Parkinson, Bœnninger, Metzlar).

Un cas de pneumonie mortelle avec septicémie pneumococcique et arthrite suppurée (37).

Cliniquement pneumonie lobaire compliquée au cours de son évolution de phénomènes septicémiques, d'arthrite du coude droit, de péricardite. Délire, hyperthermie. L'examen bactériologique (hémoculture) a montré dans le sang l'existence de pneumocoques à l'état de pureté.

A l'occasion de ce cas nous étudions les complications articulaires de l'infection pneumococcique.

Notes histologiques sur quelques particularités des scléroses pulmonaires syphilitiques. Formations musculaires aberrantes. Hypergenèse du tissu élastique (50).

Nous avons examiné histologiquement plusieurs cas de syphilis pulmonaire scléro-gommeuse. L'étude de l'un de ces cas nous avait été confiée par M. le professeur P. Courmont.

Nous avons rencontré d'une manière constante dans le tissu de sclérose des fibres musculaires lisses que nous avons identifiées avec une entière certitude.

Ces fibres qui peuvent rester isolées se groupent le plus ordinairement pour former de véritables myomes à distance des vaisseaux et des bronches dilatées.

On ne peut émettre que des hypothèses sur l'origine de ces éléments musculaires aberrants, isolés en pleine sclérose. Proviennent-ils de la musculature des vais-

seaux, ou de bronches dont les autres éléments auraient été étouffés par la sclérose ? Naissent-ils sur place aux dépens de cellules conjonctives? Des recherches récentes de notre maître M. Renaut établissent la possibilité de la transformation de la cellule conjonctive en cellule musculaire lisse.

En réalité l'origine de ces formations reste encore à préciser. Une autre particularité histologique des scléroses pulmonaires syphilitiques a été, dans nos cas, l'abondance du tissu élastique.

Sur certains points, autour des gommes, ces formations élastiques présentent une hyperplasie énorme.

On pourrait décrire à la gomme outre, sa coque fibreuse, une véritable coque élastique plus ou moins complète.

Nous n'avons pas observé jusqu'ici, dans les scléroses pulmonaires d'autre nature, les particularités histologiques que nous avons décrites et que nous croyons pour cette raison plus particulières aux scléroses syphilitiques.

Tréponème de Schaudinn et lésions pulmonaires des nouveau-nés (21).

Observation d'un cas typique de pneumonie blanche dont nous avons fait l'étude complète anatomo-pathologique et parasitologique.

Au niveau des points hépatisés les lésions consistent dans l'hyperplasie de tout le tissu : épaississement du stroma, infiltration cellulaire de la trame des alvéoles, des bronches, des parois vasculaires. Le remaniement du tissu se manifestait particulièrement par la présence çà et là de néoproductions d'épithélium cubique sur lesqullese a insisté le professeur Tripier.

Au point de vue parasitologique l'observation prête à des considérations intéressantes. Les spirochètes, recherchés par la méthode de l'imprégnation argentique, sont peu nombreux dans les organes (foie, rate, capsules surrénales, etc.) qui ne présentaient aucune lésion macroscopique ou microscopique. Dans le poumon au contraire ils sont abondants. Au niveau des points hépatisés les tréponèmes forment de véritables amas.

Il est à noter que cette infiltration de spirilles n'existe qu'au niveau des points hépatisés. A la périphérie de ces foyers, dans le tissu pulmonaire, légèrement remanié l'abondance des tréponèmes est infiniment moindre.

Ce fait vient à l'appui du rôle pathogène et de la spécificité du parasite de Schandinn.

L'abondance pour ainsi dire élective des parasites au niveau des foyers d'hépatisation est une preuve que ces lésions pulmonaires sont bien l'œuvre de ce parasite.

Syphilis héréditaire simulant des adénites et des arthrites scrofulo-tuberculeuses (7).

Nous avons observé de jeunes enfants présentant des manifestations oculaires ganglionnaires, articulaires d'apparence scrofuleuse guérissant rapidement et complètement par le traitement antisyphilitique.

Nous croyons que, dans ces cas, il ne s'agit pas de lésions purement scrofuleuses.

Nous croyons même que l'hypothèse de lésions mixtes « du scrofulate de vérole » doit être écartée.

Ces lésions d'aspect scrofuleux sont en réalité des lésions exclusivement syphilitiques.

Ces faits démontrent que la syphilis héréditaire peut revêtir complètement le masque de la scrofule. Ils viennent à l'appui des observations très démonstratives

du professeur Fournier et plus récemment du professeur Gaucher sur le même sujet.

Syphilis scrofuloïde cutanée ganglionnaire, ostéo-articulaire. Contribution à l'étude du diagnostic différentiel entre syphilis et tuberculose (43).

L'observation que nous rapportons est un type de ces cas où le diagnostic entre syphilis et tuberculose est pratiquement insoluble par le seul examen clinique. Les lésions présentées par notre malade étaient très complexes, cutanées, ganglionnaires ostéo-articulaires.

De ces lésions, les unes avaient l'aspect des lésions syphilitiques, d'autres présentaient tous les caractères cliniques des manifestations tuberculeuses.

Nous avons mis en œuvre pour arriver au diagnostic les procédés de laboratoire indiqués en pareil cas (réactions à la tuberculine, biopsie, inoculation au cobaye, réaction de Wassermann).

Le malade a guéri complètement par le traitement mixte iodo-hydrargyrique. La réaction de Wassermann a été positive. L'inoculation au cobaye est restée négative. Il s'agissait à n'en pas douter de manifestations scrofuloïdes syphilitiques.

Il est à noter que l'intradermo-réaction tuberculinique avait été très positive et que l'examen des coupes histologiques montrait des cellules géantes et des follicules aussi nombreux et typiques que s'il se fût agit de tuberculose.

Nous nous sommes expliqué ailleurs sur la valeur de l'examen histologique et des épreuves tuberculiniques dans les cas ou le diagnostic se pose entre la syphilis et la tuberculose.

Syphilis thyroïdienne. — Ses analogies histologiques avec la tuberculose (69).

Nous avons fait l'étude histologique d'un cas de syphilis thyroïdienne dont l'observation clinique a été rapportée par MM. Poncet et Leriche.

La nature syphilitique de cette thyroïdite améliorée par le traitement mercuriel et finalement guérie par le Salvarsan était par ailleurs certaine.

Nous ne rapportons pas les détails de l'étude histologique. Nous signalons ce fait que nous avons trouvé à la périphérie des gommes volumineuses dont le parenchyme thyroïdien était bourré, des cellules géantes, des foyers nodulaires d'épithélioïdisation, en un mot des formations qu'il est impossible de distinguer à l'analyse histologique de celles qu'on observe communément dans la tuberculose.

Nous attirons l'attention sur ce fait, et nous concluons que le diagnostic entre syphilis et tuberculose thyroïdienne ne saurait être fondé avec certitude sur l'examen histologique seul.

De nombreux cas de tuberculose thyroïdienne ont été publiés, particulièrement en Allemagne, et diagnostiqués tels par le seul examen histologique. C'est là un critérium insuffisant et la revision de ces faits s'impose.

Nous n'avons jamais pu surprendre la formation d'une cellule géante vraie aux dépens de l'épithélium thyroidien, contrairement à ce qu'ont signalé quelques observateurs.

Pneumonie chronique syphilitique à type histologique d'épithélioma (63).

Nous avons pu observer à l'autopsie d'un malade

du service de notre maitre, M. Mollard, une lésion pulmonaire d'aspect macroscopique et histologique très spéciale que tout nous autorise à considérer comme un cas de syphilis pulmonaire du type pseudo-épithéliomateux.

Le poumon transformé en une masse dure, caoutchoutée était par toute sa surface adhérent à la plèvre et entouré d'une coque conjonctive extrêmement épaisse. Le parenchyme pulmonaire très dur à la coupe apparaissait homogène, gris noirâtre uniforme, dense, sans points ramollis ou bourgeonnants, sans dilatations bronchiques ni granulations.

Il n'existait aucune adénopathie de voisinage, les autres organes ne présentaient pas de lésions notables.

L'affection avait évolué lentement sans toux, sans expectoration, sans fièvre avec un syndrome de cachexie progressive lente. Le diagnostic clinique avait été celui de pneumonie chronique unilatérale.

On constatait de la rétraction de l'hémithorax droit, à la percussion on obtenait une matité absolue dans toute la hauteur en arrière et en avant, sauf sous la clavicule où l'on notait un léger skodisme. Les vibrations se percevaient légèrement affaiblies, enfin l'auscultation révélait l'existence d'un souffle tubaire au sommet et à la partie moyenne, accompagné de quelques râles de bronchite alors qu'à la base on ne trouvait que de l'obscurité respiratoire.

A l'examen radioscopique, tout le côté gauche du thorax apparaissait obscur.

Plusieurs ponctions exploratrices ne permirent de retirer que du sang normal. La recherche du bacille de Koch fut négative.

Les signes se modifièrent peu au cours de l'évolu-

tion : cependant le souffle disparut, sauf au sommet, pour faire place à une obscurité respiratoire complète. La mort survint un mois et demi après l'arrivée dans le service. Il est impossible de préciser la durée totale de l'évolution de cette pneumopathie.

L'examen histologique nous révéla dans tout le poumon des lésions uniformes et d'un type très particulier. On note en effet que le parenchyme pulmonaire normal a totalement disparu : on ne voit plus d'alvéoles plus de bronches ; la lésion est essentiellement caractérisée par la présence de multiples cavités, tapissées régulièrement par un épithélium cubique, au sein d'un stroma fibreux.

Ces cavités sont de dimensions variables ; parfois arrondies, elles apparaissent le plus souvent irrégulières et serpigineuses. Elles sont revêtues d'une seule couche de cellules épithéliales, cubiques pour la plupart, qui appartiennent toutes au même type histologique ; quelques-unes sont légèrement prismatiques ; d'autres, un peu plus hautes, rappellent un peu les cellules des bronches, sans toutefois jamais présenter de cils. Le noyau est gros ; le protoplasma, d'aspect normal, ne présente aucun signe de dégénérescence ; on ne voit nulle part de figure de karyokinèse, ni d'incisure du noyau qui pourrait faire penser à des divisions directes.

Ces cavités sont creusées dans un tissu conjonctif dense, riche en fibres élastiques, au sein duquel il n'existe nulle part de cellules épithéliales isolées.

Sur l'un des fragments, nous avons rencontré une formation particulière : il s'agit d'un gros nodule arrondi, à centre mortifié, finement granuleux, entouré d'une

arge bordure scléreuse infiltrée de pigment d'aspect

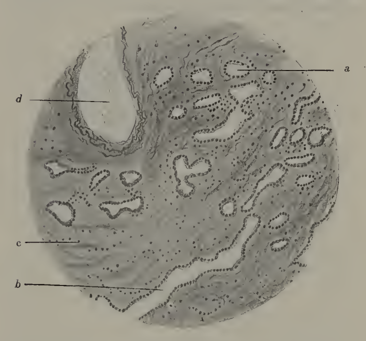


Fig 6. — Néoformations alvéolaires au voisinage d'une gomme syphilitique du poumon.

La coupe montre dans un tissu conjonctif dense, cependant encore riche en cellules, des cavités de formes irrégulières. Les une sont arrondies, d'autres ovalaires, d'autres enfin ont une forme tubuleuse. Toutes ces cavités sont tapissées par une seule couche de cellules cubiques, disposées en ordre épithélial, et dont les noyaux se colorent finement.

Néoformation du type ovalaire ; *b)* néoformation tubuleuse ; *c)* tissu conjonctif en voie d'organisation fibreuse ; *d)* veine dilatée.

Cette coupe appartient à une autre observation. Il s'agissait d'un cas de syphilis pulmonaire classique scléro-gommeuse.

Le point de la préparation que nous avons fait dessiner est destiné à montrer les néoformations alvéolaires à épithélium cubique qui sont constantes dans ces cas. On voit l'analogie qui existe entre ces néoformations et les cavités pseudo-épithéliomateuses de la figure 2.

anthracosique. L'aspect de cette formation est absolument celui des *gommes miliaires* que nous avons vues

coexister avec des gommes volumineuses dans des cas authentiques de syphilis pulmonaire.

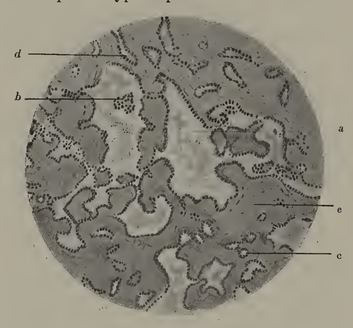


Fig. 7. — Coupe de sclérose pulmonaire syphilitique pseudo-néoplasique (cette coupe se rapporte au cas qui fait l'objet de ce mémoire).

La coupe montre des cavités épithéliales creusées dans un tissu scléreux très dense. Ces cavités ont des dimensions très inégales ; elles tendent à communiquer les unes avec les autres. Autour des grandes cavités, on en voit dont les dimensions sont beaucoup plus petites et dont la configuration est beaucoup plus régulière (cavités ovalaires, tubuleuses).

Ces cavités sont tapissées par une seule couche de cellules toutes semblables, de forme cubique à noyau fortement colorable. Dans quelques cavités, on trouve des débris granuleux anthracosiques et des placards cellulaires provenant de la desquamation de l'épithélium de revêtement. *a)* Grande cavité diverticulaire dans la lumière de laquelle on voit quelqucs poussières anthracosiques; *b)* placards épithéliaux de desquamation ; *c)* cavité régulièrement circulaire ; *d)* cavité tubuleuse ; *e)* tissu conjonctif dense interalvéolaire.

Nous nous sommes demandé quelle était l'origine et la nature d'une telle lésion.

Le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre deux affections, l'épithélioma pulmonaire et la syphilis, encore le doute n'est survenu qu'après l'examen histologique. tellement l'aspect macroscopique était différent de celui du cancer.

La transformation totale uniforme du poumon en une masse homogène, dure, scléreuse, l'absence de géodes, de formations bourgeonnantes, la consistance ferme du tissu, l'absence de toute généralisation, l'épaississement pleural uniforme rendaient, à l'examen de la pièce, le diagnostic d'épithélioma tellement improbable que la pensée d'un néoplasme ne nous vint même pas à l'esprit.

La possibilité de la nature épithéliomateuse de la lésion apparaissait par contre plus probable à l'examen histologique en présence de ces cavités épithéliales serpigineuses disséminées en grand nombre au sein du stroma fibreux.

Cependant nous avons été frappé de l'étroite ressemblance de ces formations épithéliales avec celles que l'on a souvent signalées dans les pneumopathies syphilitiques et que le professeur Tripier a décrites sous le nom de néoformations alvéolaires à épithelium cubique.

Ces formations sont particulièrement accusées dans les nodules de pneumonie blanche des nouveau-nés dont l'aspect épithélial est tel que Lorain et Robin employaient pour la caractériser le terme d'épithélioma pulmonaire du fœtus. Les figures extraites de notre travail montrent ces similitudes d'aspect très frappantes.

De plus, l'aspect uniforme des cellules du revêtement épithélial toutes semblables, l'absence de karyokinèses,

l'absence de cellules épithéliales isolées dans le tissu conjonctif, la disposition unicellulaire du revêtement épithélial, la persistance des fibres élastiques interalvéolaires constituaient même sur le terrain de l'analyse histologique autant d'arguments contre le diagnostic du cancer.

La présence d'une gomme typique achevait de lever tous les doutes.

Une telle observation nous permet de conclure qu'il existe une variété de syphilis pulmonaire, caractérisée cliniquement par des signes de pneumonie chronique, anatomiquement par une sclérose dense de la totalité de l'organe et histologiquement par une néoproduction de cavités épithéliales multiples simulant d'épithélioma.

A la pneumonie blanche du fœtus (épithélioma pulmonaire du fœtus de Lorain et de Robin) dont la nature syphilitique est certaine, notre observation, croyons-nous, permet d'opposer la forme pneumonique massive pseudo-épithéliomateuse de la syphilis pulmonaire de l'adulte.

L'inflammation syphilitique apparaît donc parfois capable de réaliser des processus à tendance néoplasique aussi bien dans le domaine des tissus conjonctifs (pseudo-sarcomes syphilitiques) que des tissus épithéliaux.

Le professeur Tripier, qui a bien voulu confirmer les résultats de notre étude, a cité depuis longtemps des faits histologiques qui mettent hors de conteste ce caractère si particulier de l'inflammation syphilitique.

Les pseudo-sarcomes syphilitiques (52).

A l'occasion de la discussion ouverte récemment à la

Société de Chirurgie nous avons apporté quelques observations personnelles de lésions syphilitiques simulant des tumeurs, et principalement les sarcomes.

Dans un premier cas, le diagnostic clinique fut celui de tumeur sarcomateuse développée aux dépens de la gaine des fléchisseurs de l'index gauche. L'examen anatomo-pathologique confirmait ce diagnostic. La constatation de syphilides circinées scrotales fit tenter un traitement spécifique qui, en quelques jours, produisit une guérison complète.

Dans le second cas, des interventions étendues, (résection de l'omoplate, évidement de la région sous-claviculaire, etc.) furent pratiquées. Les examens histologiques donnèrent des résultats les plus opposés — tuberculose, sarcome fuso- et globocellulaire contenant des éléments multinucléés, inflammation simple, gomme. — A la suite de ce dernier diagnostic, on pratique la réaction de Wassermann qui est positive. On institue un traitement spécifique ; entre temps la tumeur de la clavicule a repullulé, elle a le volume d'un gros œuf et présente un aspect sarcomateux typique.

Guérison complète sans récidive sous l'influence du traitement spécifique.

Nous signalons l'intérêt de ces faits de syphilis néoplasique. Il est à noter que dans ces deux cas l'examen histologique confirmait le diagnostic de sarcome. Les tumeurs inflammatoires peuvent donc ressembler aux tumeurs vraies non seulement par les signes cliniques, mais par l'aspect microscopique des lésions.

Les réactions du tissu conjonctif dans les lésions syphilitiques tertiaires sont très variées : elles peuvent revêtir le type histologique considéré comme caracté-

ristique des tumeurs conjonctives, et simuler par suite toutes les variétés de sarcomes.

Il nous a semblé toutefois que, contrairement aux véritables sarcomes qui présentent dans toute leur masse la même structure les syphilomes réalisent en des régions parfois voisines des figurations histologiques très différentes.

Tel fragment pourrait être pris pour du néoplasme alors que l'examen histologique d'une autre région du syphilome fera conclure à l'inflammation chronique à la tuberculose.

C'est là, croyons-nous, un caractère important pour le diagnostic histologique de l'inflammation chronique syphilitique d'avec des sarcomes vrais.

Rapport sur les recherches expérimentales récentes concernant la syphilis. Diagnostic de la syphilis par les méthodes de laboratoire (17, 45).

Dans ces deux rapports, présentés, le premier à la Société médicale des Hôpitaux de Lyon, le second à l'Association Française pour l'avancement des Sciences, nous avons étudié les récentes et importantes acquisitions de l'expérimentation dans le domaine de l'infection syphilitique.

Dans le second rapport nous discutons plus particulièrement les différentes méthodes d'ordre expérimental auxquelles on peut avoir recours pour établir un diagnostic de syphilis.

Nous passons successivement en revue la recherche du tréponème, les inoculations aux animaux (singes, lapins), la séro-réaction de Wassermann, l'intradermo-réaction à la syphiline, les méthodes histologiques

(examen cytologique du liquide céphalo-rachidien, examen histologique des lésions).

Nous examinons la valeur des résultats fournis par ces méthodes diverses.

Nos conclusions sont les suivantes :

1° Pour les lésions cutanées ou muqueuses, primaires ou secondaires, la recherche du tréponème, à l'ultra-microscope en particulier, est le procédé de choix. En cas de résultat négatif, pratiquer l'inoculation et faire le séro-diagnostic de Wassermann, mais savoir que pour un chancre celui-ci ne donnera rien.

2° Pour les périodes de latence, pour les lésions d'allure tertiaire, faire le Wassermann. Si, par l'examen histologique, on constate des formations tuberculoïdes, même les plus typiques, l'on n'est pas en droit de rejeter la syphilis, même si l'intradermo-réaction à la tuberculine s'est montrée positive.

3° Dans les cas de syphilis conceptionnelle, héréditaire sans manifestations, dans les manifestations parasyphilitiques, surtout nerveuses, le Wassermann est la méthode de choix.

4° On ne peut, à l'heure actuelle, demander à la séro-réaction de Wassermann une certitude absolue pour les questions de prophylaxie, mariage, guérison de la syphilis.

5° Peut-être plus tard pourra-t-on, par le procédé de l'intradermo-réaction à la syphiline, très simple, à la portée de tous, obtenir les mêmes résultats qu'avec la séro-réaction de Wassermann.

6° Enfin, quel que soit le procédé employé, un résultat négatif n'a aucune signification de non syphilis.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE

Nous avons groupé dans ce chapitre des travaux d'histologie pathologique générale consacrés à la syphilis et à la lèpre.

Les recherches portant sur des points plus particuliers ont trouvé place dans les autres chapitres.

Formations tuberculoïdes (cellules géantes, follicules), dans les lésions syphilitiques de la peau et des muqueuses (27, 28).

Le point de départ de ces recherches a été l'observation d'un cas de lésions cutanées de diagnostic clinique difficile qui guérirent rapidement par le mercure alors que leur structure histologique était celle des lésions tuberculeuses.

Ce fait nous conduisit à examiner systématiquement les syphilides tertiaires cutanées et muqueuses et à y rechercher avec quel degré de fréquence on peut y rencontrer des formations qui en imposent pour des lésions de nature tuberculeuse.

Syphilides tertiaires cutanées. — Au moment de la publication de notre article, nos observations portaient sur dix cas de syphilides cutanées tertiaires, démontrées telles par l'observation clinique, l'épreuve

du traitement et les résultats négatifs de l'inoculation au cobaye.

Dans ces dix cas, nous avons retrouvé constamment

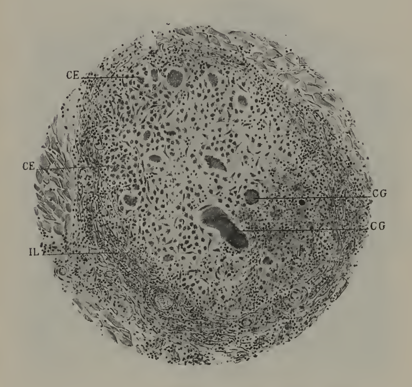


Fig. 8. — Coupe d'une lésion syphilitique cutanée tertiaire. Follicule syphilitique.

CG, cellule géante; CE, cellules épithélioïdes; IL, infiltration lymphoïde.

des formations histologiques (cellules géantes, follicules) tout à fait semblables à celles que l'on observe dans les lésions tuberculeuses.

Les follicules ont leur constitution typique : zone périphérique de cellules lymphoïdes, zone centrale

formée de cellules épithélioïdes à protoplasma acidophile et de cellules géantes.

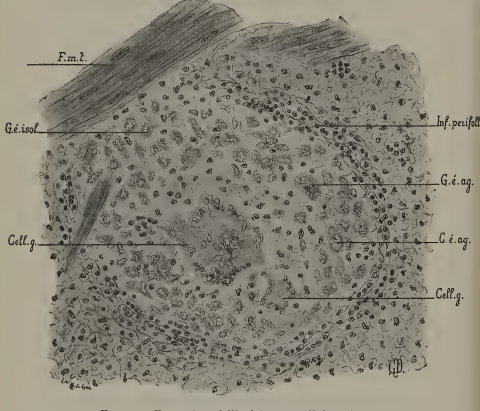


Fig. 9. — Formations folliculaires et cellules géantes dans une gomme syphilitique du scrotum.

Inf. perifoll., infiltration périfolliculaire.
C. é. ag., cellules épithélioïdes agminées.
Cell. g., cellule géante.
F. m. l., fibres musculaires lisses.

Il existe donc un véritable follicule syphilitique, suivant la dénomination de Malassez et de Brissaud. Son assimilation au follicule tuberculeux nous paraît absolument complète.

Outre ces follicules, dont la constatation dans les lésions syphilitiques pour être fréquente n'est pas constante, on observe soit des cellules géantes, soit des nodules épithélioïdes plus ou moins étendus : nodules épithélioïdes, follicules, cellules géantes ne se distinguent par aucun caractère des nodules, follicules et cellules géantes des lésions tuberculeuses.

Syphilides tertiaires des muqueuses. — Nous avons fait les mêmes recherches histologiques à propos des syphilides tertiaires des muqueuses.

Les trois observations que nous rapportons dans ce mémoire nous permettent d'établir que les muqueuses présentent, vis-à-vis de la syphilis tertiaire, les mêmes réactions histologiques que le tégument externe.

*
**

De tels faits n'ont pas seulement un intérêt histologique mais une portée pratique certaine.

L'examen histologique est souvent pratiqué pour établir un diagnostic dans des cas de lésions cutanées ou muqueuses cliniquement atypiques.

On voit que cette méthode peut être une cause d'erreurs, en faisant attribuer à la tuberculose des lésions qui, en réalité, sont de nature syphilitique.

Nous avons pu d'ailleurs relever des cas où le critérium histologique a motivé des interprétations inexactes, et a eu pour cause de véritables contre-sens thérapeutiques.

Avant nous, si d'autres auteurs avaient signalé dans les lésions syphilitiques les formations histologiques que nous décrivons (Unna, Darier), aucune étude systématique n'avait été poursuivie dans ce sens.

Nos observations personnelles nous permettent d'affirmer que l'on n'est plus en droit de conclure à la nature tuberculeuse d'une lésion soit cutanée, soit muqueuse sur la simple constatation de cellules géantes, de cellules épithélioïdes, de follicules typiques.

L'aspect et l'évolution cliniques doivent garder, de même que l'influence du traitement mixte hydrargyro-iodique toute leur valeur pour indiquer la nature syphilitique de lésions que le microscope tendrait à faire étiqueter tuberculeuses.

Cette notion nous semble présenter une importance réelle, non seulement en dermatologie et en histo-pathologie dermatologique pour les raisons que nous venons d'indiquer, mais aussi en histo-pathologie générale, puisqu'elle nous montre, une fois de plus, que cellules épithélioïdes, cellules géantes n'ont pas de signification spécifique véritable, mais ne font que marquer des étapes de tous les processus dégénératifs qui se passent au niveau des foyers inflammatoires d'infiltration embryonnaire et de prolifération conjonctive, que ces processus dégénératifs soient sous la seule dépendanee d'une insuffisante vascularisation résultant des oblitérations vasculaires, ou qu'ils dépendent aussi pour une part plus ou moins importante des poisons infectieux, des toxines microbiennes ou parasitaires.

C'est une nouvelle confirmation de cette conception que notre maître, M. le Prof. Renaut, formulait en 1883, dans un article de la *Gazette médicale de Paris :* « que les affections tuberculeuses ne sont spécifiques que par leurs causes figurées, et non par leur expression anatomique ».

Depuis nos premières publications, nous avons continué nos recherches. Nos observations ultérieures portant actuellement sur plus de vingt cas, n'ont fait que confirmer les conclusions émises dans nos premiers mémoires.

Histologie et histogénèse d'un nodule syphilitique sous-cutané. Rôle de la phlébite syphilitique dans son développement (30).

Nous avons étudié sur des coupes sériées un nodule syphilitique sous-cutané chez un malade récemment infecté et présentant une poussée confluente de syphilides papuleuses.

Nous avons pu suivre le développement de l'inflammation nodulaire et constater qu'elle s'était constituée autour d'une grosse veine présentant des lésions manifestes d'endo- et de péri-phlébite.

Non loin de la veine, mais à distance de l'infiltration nodulaire centrée par elle, se trouvait une artère également très altérée.

Au centre du nodule, l'oblitération veineuse était complète ; l'infiltration à point de départ phlébitique, considérablement étendue, atteignait la face profonde du derme. Des îlots de nécrose de véritable caséification d'origine ischémique occupaient le centre du nodule.

Dans la nappe d'infiltration on voyait éparses des cellules géantes typiques.

Les examens histologiques de tubercules syphilitiques sous-cutanés sont extrêmement rares. Dans un seul cas en France cet examen a été pratiqué par MM. Darier et Civatte.

Ces auteurs concluent à l'origine phlébitique du

nodule. Ils constatent que la néoplasie est formée de plasmazellen et de cellules géantes.

Nous croyons que le rôle de la phlébite n'est pas exclusif, il existait dans notre cas des lésions artérielles intenses dont il faut tenir compte.

Il n'en reste pas moins que les lésions de la veine jouent un rôle très important. Nous émettons l'hypothèse que le tréponème a traversé plus facilement les parois veineuses pour coloniser autour d'elles et faire de la veine le point de départ de l'infiltrat nodulaire.

Philipson a récemment attiré l'attention sur le rôle et l'importance de la phlébite dans l'édification des lésions syphilitiques.

Lamy avait fait de semblables observations en ce qui concerne la syphilis des centres nerveux.

L'étude complète par la méthode des coupes sériées du nodule syphilitique que nous avons examiné apporte une preuve nouvelle et rigoureuse en faveur de cette conception générale.

Il faut donc tenir compte, plus qu'on ne l'a fait jusqu'ici, du rôle de la phlébite dans l'histologie pathologique de la syphilis. A côté des gommes par artérite, il existe des gommes qui ont leur point de départ dans un processus phlébitique.

Histologie pathologique du léprome cutané aigu (65).

Les travaux histologiques consacrés à l'étude des lépromes cutanés n'ont qu'imparfaitement décrit les diverses variétés d'éléments cellulaires qui entrent dans leur constitution et les modifications réactionnelles qu'ils présentent.

Le cas que nous avons étudié avec soin permet de préciser plusieurs points encore en discussion. Il s'agis-

sait d'un lépreme très jeune, développé chez un ancien lépreux au cours d'une poussée aiguë qui avait revêtu cliniquement l'aspect de l'érythème polymorphe à type noueux.

Nous avons constaté que les cellules qui jouent le rôle le plus important dans l'édification de ce nodule sont des cellules fixes du tissu conjonctif. Les cellules lymphoïdes sont moins nombreuses, les plasmazellen et les mastzellen sont en très petit nombre.

Les cellules conjonctives présentent une série de modifications bien particulières : leur protoplasma se creuse de vacuoles ; le noyau est comprimé, tassé, déformé, la cellule augmente de volume. Qnand, sur un point, toutes les cellules conjonctives ont subi cette transformation, le tissu du léprome apparaît clair, réticulé.

Nous avons pu suivre et nous avons figuré tous les degrés de la transformation des cellules conjonctives, depuis l'élément de dimensions normales creusé d'une seule vacuole, jusqu'aux cellules très volumineuses dont le protoplasma est parsemé de nombreuses et volumineuses vacuoles.

Ces grandes cellules représentent la cellule lépreuse de Wirchow. C'est au sein des cellules conjonctives et des éléments vacuolés que les bacilles se logent avec prédilection.

Au niveau des zones claires, toutefois, les bacilles apparaissent moins nombreux et présentent un aspect fragmenté. Tout se passe comme si les bacilles, après avoir pénétré dans la cellule conjonctive, y subissaient ultérieurement des phénomènes de régression, de bactériolyse bien visibles au niveau des cellules depuis longtemps parasitées.

Nous rejetons l'opinion de Unna et des auteurs qui, avec lui, admettent que les vacuoles sont creusées hors des cellules par la prolifération des bacilles dans les interstices du tissu fibreux.

Les vacuoles sont bien en réalité creusées en plein protoplasma des cellules conjonctives.

Dans le léprome que nous avons observé, nous avons été frappé de l'absence de toute intervention des leucocytes polynucléaires.

Le rôle capital revient à la cellule conjonctive. Peut-être est-elle capable d'englober les bacilles venus à son contact pour les modifier ensuite.

M. Renaut a montré d'ailleurs que, dans les inflammations, la cellule conjonctive présente des signes histologiques manifestes de grande activité ; elle n'est nullement un élément inerte et passif.

L'absence d'intervention des leucocytes est-elle un fait constant ? nous faisons à ce sujet quelques réserves. Cette intervention, très passagère, a pu exister à un stade très précoce de développement du nodule.

De tels faits ont été signalés dans l'infection tuberculeuse (Renaut et Dubreuil).

Le rôle de la cellule conjonctive n'en reste pas moins capital, comme nous croyons l'avoir démontré

DERMATOLOGIE

La plupart des travaux résumés dans ce chapitre ont été faits en collaboration avec notre maître, M. le professeur J. Nicolas, à la clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

Sur un cas de tropho-phlycténose des extrémités (62).

Le cas de phlycténose des extrémités que nous avons observé diffère par d'assez nombreux caractères du type ordinaire de cette affection.

L'apparition des phlyctènes avait été précédée, chez notre malade, de troubles très accusés, vaso-moteurs et sensitifs, rappelant l'érythromélalgie. Les phlyctènes, plus volumineuses que dans le type suppuratif continu décrit par Hallopeau, étaient absolument stériles. L'examen direct, les cultures n'ont donné aucun résultat. La cytologie du liquide des phlyctènes ne nous a montré que des cellules endothéliales sans intervention de polynucléaires. Ces divers caractères, auxquels il faut joindre l'existence de rémissions complètes dans l'intervalle des poussées, nous ont paru séparer cette forme de phlycténose du type habituellement décrit.

L'élément infectieux doit être écarté et le rôle du

trouble trophique, dans le cas que nous rapportons, est certainement primordial. Dans le type ordinaire de la phlycténose, le trouble trophique, que l'on a également invoqué, est beaucoup moins net car il est masqué par l'infection.

On comprendra donc que nous ayons insisté sur l'élément nerveux si manifeste dans notre cas et que, pour en signaler l'importance, nous ayons parlé de « tropho-phlycténose des extrémités ».

Pemphigus chronique congénital et familial à type d'ichthyose bulleuse (25).

L'observation rapportée à la Société de Dermatologie est celle d'un cas de pemphigus chronique avec aspect ichthyosiforme de la peau. Cet aspect ichthyosique est, chez notre malade, très accusé. Les bulles apparaissent par poussées irrégulières, elles évoluent rapidement sans produire de cicatrices ni de kystes épidermiques. Les traumatismes un peu forts peuvent provoquer l'apparition des bulles.

L'affection est congénitale et familiale. Il est intéressant de noter que notre malade présente de la polyphagie et de la polyurie sans glycosurie. Un autre membre de sa famille, atteint de la même dermatose, présenterait également les mêmes troubles. L'observation comprend des recherches hématologiques et bactériologiques, et l'examen cytologique des bulles.

Xeroderma pigmentosum.

Nous avons pu étudier complètement deux cas de *xeroderma pigmentosum:* la première observation concerne un enfant de six ans dont l'affection avait débuté à l'âge d'un an.

La seconde concerne une femme âgée de soixante et onze ans. Chez l'enfant, le syndrome clinique du *xeroderma pigmentosum* était tout à fait typique (érythème, taches achromiques et cicatricielles, taches vasculaires, taches pigmentaires; desquamation, productions verruqueuses ; tumeurs épithéliales dont la structure était celle de l'épithélioma lobulé spino-cellulaire).

Les lésions cutanées, quoique moins accusées, étaient dans notre seconde observation aussi polymorphes. L'examen histologique d'une tumeur ulcérée du nez nous montra qu'il s'agissait d'un épithélioma très voisin de l'épithélioma lobulé ou cancroïde ordinaire, mais resté plus muqueux que corné.

Le rapprochement de ces deux observations nous permet de décrire une forme de *xeroderma pigmentosum* tardif dont notre second cas établit, croyons-nous, la réalité.

Quelques points de l'étude histologique de la lésion dite : « Acné chéloïdienne de la nuque » (55).

Notre étude a porté surtout sur les modifications que présentent à la périphérie de la chéloïde les poils et les glandes sébacées qui leur sont annexées.

La glande sébacée subit une dégénérescence complète dont il est difficile de suivre les stades, et qui la transforme en masses granuleuses d'aspect nécrosé. Le poil perd ses gaines cellulaires et se trouve réduit à son axe corné inclus dans le derme à la façon d'un véritable corps étranger.

Autour des débris de la glande et de l'axe corné du poil, se disposent des cellules géantes parfois en très grand nombre.

Le rôle et la signification de ces éléments multi-

nucléés ont particulièrement retenu notre attention.

On peut en effet soulever à leur propos la question même du rôle de la cellule géante. Leur présence autour d'éléments à détruire et à éliminer, l'existence dans le protoplasma de certaines de ces cellules de débris pigmentés du poil tendraient à faire admettre que ces cellules géantes représentent un élément actif, très différencié surtout en vue d'actions macrophagiques.

M. Renaut nous proposait de donner à ces cellules géantes de l'acné chéloïdienne le nom de « cellules trichophages ».

Ces faits ne nous semblent pas prévaloir contre l'ensemble d'arguments que l'on pourrait citer en faveur de la nature dégénérative de la cellule géante.

Enfin, l'existence de ces cellules dans une chéloïde de nature inflammatoire simple, post-furonculeuse, démontre qu'il faut se garder d'affirmer sur le seul examen histologique, la nature tuberculeuse d'une chéloïde comme on l'a fait trop souvent.

Syphilis maligne ulcéreuse à cicatrisation chéloïdienne (25).

Le développement de chéloïdes sur des ulcérations syphilitiques n'est pas un fait d'observation fréquente (Fournier, de Beurmann et Gougerot).

Nous en rapportons un cas nouveau. Chez notre malade, des syphilides ulcéreuses précoces se transformèrent en chéloïdes volumineuses.

La plupart des ulcérations syphilitiques présentèrent cette transformation chéloïdienne. Au niveau de ces chéloïdes, on notait l'existence d'un réseau vasculaire anormalement développé qui donnait en certains points au tissu chéloïdien un aspect angiomateux.

Lichen plan à grande extension de la peau et des muqueuses avec poussées multiples érythémateuses et œdémateuses (18).

Nous avons observé au cours d'un lichen plan typique des poussées œdémateuses et érythémateuses brusques, très intenses, survenant sans cause déterminée nette.

Ces poussées indépendantes de toute intoxication médicamenteuse étaient suivies d'une recrudescence du prurit et des manifestations cutanées. Il s'est agi, croyons-nous, de troubles vaso-moteurs évoluant sur un terrain prédisposé à la faveur de causes déterminantes légères.

La relation étroite de ces accidents avec les poussées de lichen était dans ce cas indiscutable.

Erythème polymorphe purpurique consécutif à la vaccination antirabique (8).

Les complications cutanées au cours de la vaccination antirabique sont d'observation relativement rare, sans qu'on puisse les considérer toutefois comme exceptionnelles. Le cas que nous rapportons est à ce titre intéressant. La relation entre les acccidents cutanés et le traitement antirabique nous a paru, après examen des faits, très certaine.

Un cas de traitement de la pelade par la congestion passive du cuir chevelu au moyen d'une bande élastique (3).

Il s'agit d'un cas de pelade totale évoluant chez une fillette de neuf ans et demi depuis cinq ans déjà. Depuis deux ans aucune ébauche de repousse ne s'était manifestée : la pelade était totale sans follets, sauf un lot de

quelques rares cheveux sur le vertex. Toutes les médications conseillées avaient échoué.

On essaya d'appliquer une bande de caoutchouc encerclant le cuir chevelu pour provoquer une stase vasculaire et une congestion passive à son niveau. Trois semaines après le début du traitement commençait une repousse abondante de follets qui firent place peu à peu à des cheveux longs, solides, bien pigmentés, très nombreux.

La congestion passive produite par la bande élastique semble bien avoir été la cause de la repousse qui ne s'est produite que dans la partie du cuir chevelu qui avait été encerclée.

Nous n'avons pas revu cette malade, ce qui laisse à supposer que la guérison s'est maintenue depuis.

Sur le rôle de l'érythème chrysophanique dans l'action thérapeutique sur le psoriasis (14).

Observation d'un malade atteint de psoriasis traité sur moitié du corps par l'acide chrysophanique, et sur l'autre moitié par un médicament réducteur dont nous expérimentions la valeur thérapeutique. Ce dernier médicament sans action réelle fut abandonné, le traitement par l'acide chrysophanique fut continué d'un seul côté, le côté opposé non modifié restant sans application d'aucune sorte. Sous l'influence de l'acide chrysophanique, erythème intense, débutant du côté traité mais s'étendant ensuite au côté opposé, et guérison du psoriasis aussi bien du côté où les applications d'acide chrysophanique avaient été faites que du côté opposé.

Ce fait nous semble prouver que l'effet de la chrysarobine est double. Elle exerce un effet topique direct sur

l'élément psoriasique, mais elle agit certainement aussi par les modifications vaso-dilatatrices quelle provoque. Cette action favorable se fait sentir même à distance du point d'application du médicament. Notre observation en est une preuve irréfutable. Elle démontre la nécessité de pousser l'action du médicament jusqu'à l'apparition de l'érythème.

Sarcomatose cutanée primitive consécutive à une piqûre des téguments (72).

Les particularités intéressantes de ce cas sont d'ordre étiologique, clinique et anatomo-pathologique.

Le développement d'une sarcomatose nodulaire généralisée a eu son point de départ au niveau d'une blessure accidentelle. C'est en ce point que la lésion primitive, vrai tubercule d'inoculation, s'est d'abord développée. Dans la suite, une véritable poussée secondaire s'est produite rapidement, confluente et grave. De tels faits constituent des arguments singulièrement impressionnants en faveur de l'origine infectieuse des tumeurs.

Au point de vue clinique, la confluence extrême des nodules, leur coloration rouge brunâtre, leur développement rapide, leur ulcération hâtive donnent à cette variété de tumeurs une physionomie très particulière qui la distingue des autres types de sarcomatose cutanée antérieurement décrits.

L'examen anatomo-pathologique a montré que ces tumeurs présentaient le type histologique du sarcome à cellules polymorphes. Nous avons insisté sur l'analyse histologique des éléments cellulaires, sur la limitation du nodule au sein du derme, et sur les transfor-

mations qui nous ont paru évidentes des cellules fixes du derme en éléments néoplasiques.

Atrophodermie à type maculeux chez un tuberculeux (26 *bis*).

Observation d'un homme de cinquante-quatre ans ne présentant comme antécédents qu'une pleurésie droite il y a 8 ans. Pleurésie également chez la femme. Tumeur blanche chez un enfant.

A la suite de cette pleurésie, développement sur la peau, au niveau des membres mais surtout du tronc, de placards érythémateux progressivement extensifs surtout depuis quelques mois, placards légérement infiltrés, à surface brillante, finement pityriasiques par places, parfois un peu prurigineux. Au centre de ces placards érythémateux, formation de macules atrophiques, arrondies, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes ou de un franc, blanches, déprimées en cupules. Sur toute la surface malade, plissement de l'épiderme, aminci et comme décollé.

A *l'examen histologique*, amincissement extrême de l'épiderme. Au niveau du derme dont les papilles sont aplaties, on constate une infiltration très marquée de cellules rondes, occupant les zones papillaires et sous-papillaires, et prédominant autour des vaisseaux sous la forme de manchons périvasculaires. Enfin, fait caractéristique, sur toute l'étendue des macules atrophiques, l'épiderme est séparé des parties profondes du derme par une zone d'infiltration cellulaire où le réseau des fibres élastiques a complètement disparu.

A n'en pas douter, ce cas doit être rangé parmi les *atrophies maculeuses circonscrites idiopathiques* de la

peau, tout en présentant quelques caractères particuliers qui lui donnent une physionomie assez spéciale.

D'abord, c'est le premier cas décrit chez l'homme. Il offre les lésions, caractéristiques pour Heuss, Balzer, etc., d'atrophie du tissu élastique. Mais dans aucune des observations antérieures et similaires de Pospelow, Thibierge, Jadassohn, Nielsen, Heuss, du Castel, de Beurmann et Gougerot, etc., nous n'avons trouvé cette forme de grands placards érythémateux à extension progressive.

Il s'agit bien vraisemblablement d'une lésion érythémateuse cutanée sous la dépendance de la tuberculose. Toutefois, ce n'est certainement pas une tuberculose cutanée, mais une *toxituberculide*, voisine du lupus érythémateux comme le croit Thibierge, sans que toutefois on soit en droit de l'assimiler complètement à cette dernière affection. Aussi proposons-nous volontiers, pour ce cas, la dénomination de « toxituberculide à larges placards érythémateux extensifs avec atrophodermie à type maculeux ».

PARASITOLOGIE

Ces travaux portent uniquement sur la parasitologie de la syphilis.

Contribution à l'étude parasitologique de la syphilis (11, 12, 15, 16, 21, 24).

Nous avons poursuivi sur ce sujet de nombreuses recherches dont les résultats ont été publiés dans un travail du *Lyon Médical*, dans diverses communications à la *Société médicale des Hôpitaux de Lyon*, et dans les thèses de nos élèves Minouflet et Jambon.

Nous avons appliqué à la mise en évidence du tréponème les diverses méthodes préconisées dans ce but. Nous avons pu, grâce à l'obligeance de MM. Lumière, obtenir du tréponème des microphotographies qui ont été, par la suite, reproduites dans un grand nombre de travaux et de monographies consacrés à la syphilis.

Nous avons indiqué les précautions à prendre pour obtenir avec l'exsudat des chancres et des plaques muqueuses des préparations nettes où la recherche du tréponème devient facile.

Il est nécessaire d'utiliser pour les frottis non pas l'exsudat pyoïde qui recouvre la surface du chancre ou de la plaque muqueuse, mais le suintement séreux que l'on peut facilement provoquer au niveau de ces lésions.

Les chancres syphilitiques, les plaques muqueuses hypertrophiques présentent en effet un signe sur lequel nous avons attiré l'attention : c'est le signe du suintement ou de la rosée séreuse. Pour l'observer très aisément il faut s'adresser aux syphilides hypertrophiques si fréquentes dans la région génitale, aux condylomes vulvaires par exemple.

On nettoie tout d'abord soigneusement la surface d'une de ces papules et on l'assèche.

On gratte ensuite la surface du condylome avec le bord d'une aiguille lancéolée.

Il est nécessaire de gratter légèrement, par intermittence, en évitant de provoquer le saignement.

On voit bientôt perler à la surface de la lésion un liquide séreux, très abondant. Une fois établi, cet écoulement persiste pour ainsi dire indéfiniment, si on a soin de l'entretenir par la légère irritation que provoque le grattage de la surface.

Pendant que l'on étale sur une lame la goutte de sérosité que l'on vient de prélever, une nouvelle goutte s'est souvent déjà reformée. Elle grossit parfois assez vite dans l'intervalle pourtant court de deux prises, pour déborder la surface de la papule et couler le long des cuisses ou sur le périnée.

Ce signe du suintement, de la rosée séreuse, est particulier aux syphilides, et nous ne l'avons observé aussi nettement sur aucune lésion papuleuse d'autre nature.

Le liquide ainsi prélevé présente des particularités dignes d'être notées. On est tout d'abord frappé par sa pauvreté en éléments anatomiques. Il faut parcourir de nombreux champs de la préparation avant d'apercevoir un globule rouge, ou un leucocyte.

De plus, tandis que les premiers produits de raclage d'une de ces papules contiennent une quantité prodigieuse de parasites de tout genre, le liquide de la « rosée » ne contient que de rares parasites étrangers qui sont le plus souvent quelques cocci isolés ou des diplocoques. Le spirochète, en revanche, se rencontre, là à l'état de pureté presque absolue.

Enfin, et nous insistons sur ce point, dans tous les cas où nous avons observé nettement sur des lésions le signe du suintement, nous avons trouvé le spirochète, et quelquefois en grande abondance.

MM. Thibierge et Ravaut ont confirmé la valeur de ce signe et les avantages du procédé que nous préconisons pour la mise en évidence du tréponème.

Nous avons apporté une légère modification à la technique de Levaditi pour la mise en évidence du tréponème par la méthode de l'imprégnation argentique. Nous supprimons le dernier temps de cette méthode (coloration des noyaux par le vert de méthyle ou toute autre couleur d'aniline), qui ne rend les préparations ni plus faciles à lire ni plus démonstratives.

Morphologie du tréponème. — Nous avons signalé l'existence d'une sorte de petite sphérule, de petite perle saillante, réfringente, à éclat spécial, que l'on peut observer à l'une des extrémités ou le long du tréponème. Nous ne connaissons pas la signification de cette formation observée après nous par plusieurs auteurs.

Nous avons signalé, dès notre premier travail (1905), l'existence de formes droites ou tréponème sur lesquelles tout recemment on a de nouveau attiré l'attention (Sézary).

Formes dégénératives des tréponèmes tréponémolyse. — Nous avons signalé dans la thèse de Jambon la désintégration possible des tréponèmes qui se fragmentent et se transforment en fines granulations encore imprégnables par le nitrate d'argent.

Nous avons observé ce phénomène particulièrement net dans les coupes d'un foie de fœtus macéré, littéralement transformé en une véritable culture pure de tréponèmes. Sur certains points on pouvait suivre tous les stades de la désintégration des spirilles, de la tréponémolyse suivant l'expression que nous avons employée pour désigner ce phénomène.

RÉACTIONS HUMORALES

Etude des réactions des syphilitiques à la tuberculine (34, 40, 43, 45, 47, 56).

Nous nous sommes proposé de vérifier la valeur des diverses méthodes auxquelles on a d'ordinaire recours dans les cas de diagnostic difficile entre lésions syphilitiques et lésions tuberculeuses.

Au point de vue des affections cutanées, auquel nous nous sommes placé, de tels cas sont nombreux. Nous pensons avoir établi que l'examen histologique d'un fragment de la lésion suspecte ne peut donner aucune certitude, les formations folliculaires (cellules géantes isolées, follicules typiques) se rencontrant avec une extrême fréquence dans les lésions syphilitiques authentiques.

Les réactions tuberculiniques sont souvent invoquées pour trancher le diagnostic. Le programme de nos recherches nous conduisait donc à éprouver la valeur de ces réactions. Avaient-elles une valeur absolue ou même une valeur quelconque pour permettre d'affirmer ou seulement de regarder comme fort probable la nature tuberculeuse ou la nature syphilitique de lésions douteuses.

C'est dans le but de répondre au problème ainsi posé et considéré généralement comme résolu que nous avons cherché à nous rendre compte de ce que seraient les résultats de l'intradermo-réaction et de la cuti-réaction à la tuberculine pratiquées suivant les méthodes de Mantoux et de von Pirket chez un certain nombre de syphilitiques indemnes, bien entendu cliniquement de toute trace de tuberculose.

Nous n'avons pas borné là nos recherches et nous avons étudié également les réactions des syphilitiques aux injections sous-cutanées de tuberculine.

Nous exposerons les résultats obtenus et les conclusions qu'ils imposent. Nous passerons successivement en revue l'intradermo-réaction, la cuti-réaction et l'injection sous-cutanée de tuberculine chez les syphilitiques.

I. Intradermo-réaction. — Les résultats obtenus sur les 47 syphilitiques soumis à l'intradermo-réaction (1 centième de milligramme) peuvent se décomposer de la façon suivante :

1° 5 syphilitiques primaires ont donné :
5 intradermo-réactions très positives ;

2° 22 syphilitiques secondaires ont donné :
22 intradermo-réactions très positives ;
1 intradermo-réaction faible ou douteuse ;
1 intradermo-réaction négative ;

3° 6 syphilitiques tertiaires ont donné :
6 intradermo-réactions très positives ;

4° 12 syphilitiques quaternaires ou anciens syphilitiques sans accidents actuels ont donné :
11 intradermo-réactions très positives ;
1 intradermo-réaction faible ou douteuse ;

5° 1 syphilitique héréditaire probable a donné :
1 intradermo-réaction très positive.

En résumé, sur 47 syphilitiques à différentes étapes de leur infection et tous indemnes cliniquement de tuberculose, nous avons obtenu 44 intradermo-réactions très positives, soit 93 pour 100 ; 2 faibles ou douteuses, soit 4 pour 100 ; et seulement 1 négative, soit 3 pour 100.

La comparaison de ces résultats avec ceux obtenus par M. Mantoux chez des tuberculeux avérés est singulièrement démonstrative. Cet auteur, en effet, opérant sur 91 sujets atteints de tuberculose cliniquement certaine, a obtenu 88 résultats positifs, soit 97 pour 100, et 3 négatifs, soit 3 pour 100, chiffres qui se rapprochent extraordinairement, comme on le voit, de ceux obtenus chez nos syphilitiques, et qui leur seraient même identiques si nous n'avions pas, par excès de prudence, distrait nos résultats faibles ou douteux de l'ensemble des faits positifs.

II. Cuti-réaction. — Nous avons soumis à la cuti-réaction par la tuberculine 28 syphilitiques indemnes cliniquement de tuberculose :

1° 12 syphilitiques secondaires ont donné :
8 cuti-réactions positives ;
2 cuti-réactions faibles ou douteuses ;
2 cuti-réactions négatives ;

2° 4 syphilitiques tertiaires ont donné :
3 cuti-réactions positives ;
1 cuti-réaction faible ou douteuse ;

3° 11 syphilitiques quaternaires ou anciens syphilitiques sans accidents ont donné :
- 10 cuti-réactions positives ;
- 1 cuti-réaction négative ;

4° 1 hérédo-syphilitique a donné :
- 1 cuti-réaction faible ou douteuse.

En résumé, sur 28 syphilitiques indemnes de tuberculose, nous avons obtenu 21 cuti-réactions positives, 4 cuti-réactions faibles ou douteuses, 9 cuti-réactions négatives, soit 75 pour 100 de résultats positifs, et encore en plaçant parmi les négatifs les cas faibles ou douteux, alors que M. Mantoux, pour ne citer que sa statistique, n'arrive qu'à 79 pour 100 de cuti-réactions chez des tuberculeux avérés.

Injection sous-cutanée de tuberculine. Sous-cutiréaction. — Nous avons soumis à cette épreuve 11 syphilitiques ; sur ces 11 malades syphiliques, dont l'un seulement était cliniquement un tuberculeux avéré, et dont un autre était à peine suspect de tuberculose (un frère mort tuberculeux, toux fréquente chez un homme de cinquante-trois ans sans signes d'auscultation), 9 ont réagi positivement à l'injection de tuberculine, c'est-à-dire ont eu une élévation de température dépassant 38°5 dans les heures suivantes. Fait en apparence paradoxal, c'est précisément chez le syphilitique tuberculeux que la réaction positive a été la moins accusée, à peine positive, avec 38°7 comme température maxima.

Chez 2 malades syphilitiques non tuberculeux la réaction a été nulle. Pour l'un d'eux, syphilitique primaire dont le chancre datait de quatre semaines

seulement, il est possible, il est probable, que la réaction à la tuberculine n'a pas eu lieu parce que la généralisation de l'infection syphilitique qui se traduit par les accidents secondaires ne s'était pas encore produite. Pour l'autre, en pleine période secondaire, la réaction a été franchement nulle.

En éliminant donc de notre cadre l'observation I, concernant la syphilis primaire, et les observations IX et X, concernant un syphilitique secondaire tuberculeux et un syphilitique tertiaire et quaternaire seulement à peine suspect de tuberculose, il reste que 7 fois sur 8 l'infection syphilitique généralisée secondaire, tertiaire et même probablement quaternaire, est susceptible de déterminer une réaction très positive, c'est-à-dire une élévation thermique dépassant 38°5 dans les heures qui suivent une injection sous-cutanée d'un dixième de milligramme de tuberculine.



Tous ces faits établissent que les syphilitiques cliniquement non tuberculeux réagissent en aussi grand nombre et d'une façon aussi intense que les tuberculeux avérés aux inoculations de tuberculine faites suivant les procédés de von Pircket ou de Ch. Mantoux.

L'injection sous-cutanée de tuberculine elle-même n'apparaît pas davantage spécifique, et l'on peut conclure que la sous-cuti-réaction pas plus que la cuti-réaction ou l'intradermo-réaction à la tuberculine ne sauraient servir à distinguer la tuberculose de la syphilis.

Les syphilitiques peuvent même présenter des réac-

tions à la tuberculine plus accusées que les tuberculeux avérés.

Déjà dès 1893, MM. Strauss et Pierre Teissier, dans quatre cas de syphilis secondaire chez des malades complètement apyrétiques et sans indices de tuberculose avaient noté à la suite de l'injection sous-cutanée de tuberculine une réaction générale et une réaction locale tout à fait comparables à celles que l'on peut provoquer dans le cas de lupus tuberculeux. Ils avaient signalé et figuré la congestion intense et l'exsudation provoquées dans ces cas au niveau des éléments éruptifs.

Ils avaient été frappés à ce point par l'intensité et la netteté des faits observés qu'ils intitulent leur mémoire : *De l'emploi de la tuberculine comme agent révélateur de la syphilis.*

Nos observations personnelles ne font que confirmer ces recherches trop oubliées et dont la portée pratique est cependant considérable.

L'explication la plus probable de cette sensibilité des syphilitiques pour la tuberculine nous paraît être celle qu'a donnée F. Arloing a propos de l'ophtalmoréaction, souvent positive, ainsi qu'il l'a constaté, chez des syphilitiques.

F. Arloing considère tous ces phénomènes comme de simples réactions toxiniennes ; certaines toxines microbiennes (typhique, staphylococcique, diphtérique), et notamment, dans le cas particulier, la toxine syphilitique sensibilisant, pour ainsi dire, l'organisme et le rendant plus apte à réagir énergiquement sous l'influence de la toxine tuberculeuse vaso-dilatatrice.

Mais l'intérêt réel de ces recherches est d'ordre pratique. Il paraît bien démontré que, tout au moins en

ce qui concerne les adultes, les réactions à la tuberculine ne peuvent servir en aucune façon à trancher un diagnostic hésitant entre syphilis et tuberculose. Nous avons dit ailleurs que l'histologie pathologique ne peut pas davantage permettre cette différenciation.

Il ne serait donc pas sans intérêt de reviser les données étiologiques de diverses lésions cutanées ou viscérales dont l'origine tuberculeuse plutôt que syphilitique n'a été établie que sur ces deux critériums.

Ces faits nous permettent aussi de comprendre que certaines lésions tuberculeuses (diagnostiquées telles par l'examen histologique et les réactions à la tuberculine), et non toutes, étaient parfois guéries par le traitement mercuriel ou hydrargyro-iodique.

Il nous semble logique de conclure, après la critique que nous avons faite de la valeur des réactions tuberculiniques, que seules, dès lors, la présence de bacilles de Koch avérés (et non d'acido-résistants) et l'inoculation positive au cobaye avec présence des bacilles de Koch dans les lésions caséeuses, ganglionnaires ou viscérales développées chez ce dernier, peuvent permettre à l'heure actuelle d'affirmer catégoriquement la nature tuberculeuse d'une lésion.

Valeur de la réaction de Vamamouchi pour le diagnostic expérimental de la tuberculose (56).

En 1908, Yamamouchi a proposé, pour le diagnostic de la tuberculose, un nouveau procédé basé sur les réactions anaphylactiques. Il sensibilise des lapins par injection de sang, de sérum ou de sérosités diverses provenant de sujets tuberculeux et, quelques heures

plus tard, il leur injecte dans les veines des extraits de bacilles tuberculeux. Il constate que ces animaux présentent en quelques minutes, souvent après une première injection, toujours après une deuxième injection de tuberculine, des accidents graves, souvent mortels. Il croit pouvoir conclure qu'il y avait là un moyen certain et pratique de dépister la tuberculose dans les cas latents, douteux, de diagnostic difficile ou délicat.

Nos recherches de contrôle nous ont donné des résultats complètement négatifs. Dans la tuberculose cutanée et ganglionnaire, dans la tuberculose viscérale pulmonaire, où nous l'avons essayée, la réaction de Yamamouchi s'est toujours trouvée en défaut.

Nous cherchons le pourquoi de ces résultats si différents, et nous concluons que l'on ne peut actuellement considérer la réaction de Yamamouchi comme une méthode expérimentale commode et sûre de diagnostic de la tuberculose.

Contribution à l'étude des réactions humorales des syphilitiques. — Essais de réactions cutanées par un extrait spécifique : la syphiline. Comparaison de cette méthode avec la séro-réaction de Wassermann (33, 34, 38).

Les réactions obtenues chez les tuberculeux par l'inoculation, soit intradermique, soit superficielle de tuberculine, nous ont conduit à tenter l'application au diagnostic de la syphilis de méthodes analogues.

Les cultures de tréponèmes n'existant pas encore au moment où nous avons entrepris ces recherches avec notre maître, M. Nicolas, nous avons dû, pour préparer la substance active, le réactif spécifique, recourir

à un procédé détourné. Nous avons préparé un extrait glycériné concentré et stérilisé de foie de fœtus macéré hérédo-syphilitique.

Nous nous étions auparavant assuré par la méthode de l'imprégnation argentique quc le foie employé contenait des parasites.

C'est à cet extrait que nous avons donné le nom de syphiline : c'est de lui que nous nous sommes servi pour tenter des intradermo réactions chez les syphilitiques. Nos premiers résultats communiqués à la Société de Biologie étaient les suivants :

La cuti-réaction n'a donné que des résultats à peu près nuls.

En effet, sur nos 12 syphilitiques, nous n'avons obtenu que 2 cuti-réactions douteuses et 10 négatives.

Intradermo-réaction. — L'intradermo-réaction nous a donné au contraire des résultats qui méritent d'être signalés.

En effet, sur 12 syphilitiques, nous avons obtenu 7 intradermo-réactions très positives (rougeur avec véritables nodosités dermiques très nettes), 4 intradermo-réactions faibles ou douteuses (rougeur et légère infiltration), 1 intradermo-réaction négative.

Témoins. — Chez les trois sujets témoins, l'intradermo-réaction et la cuti-réaction se sont montrées absolument négatives sans traces de rougeur ni d'infiltration.

Nous avons ultérieurement poursuivi ces recherches, et comparé chez les syphilitiques la syphiline et la séro-réaction de Wassermann.

La comparaison a porté sur cinquante malades.

Comparaison des résultats fournis par l'intradermo-réaction à la syphiline et par la séro-réaction de Wassermann :

I. — Syphilitiques certains

1° *Syphilitiques primaires.*

	Intradermo-réaction à la syphiline —	Wassermann —	
1. N... Chancre	+	+	
2. S.. Chancre	+	+	
3. B... Chancre	—	—	

2° *Syphilitiques secondaires en activité* (Roséole maculeuse et papuleuse. Syphilides de muqueuses, etc.).

4 D..	+	—	
5. P...	+ (légère)	+	
6. D...	+	+	
7 R...	+	+	(Liquide céphalo-rachidien)
8 C...	+	+	
9. B...	+	+	
10. N..	+	+	
11. D...	+	+	(Jacobsthal et Bauer-Latapie)
12 X..	+	+	
13. X...	+	+	
14. X...	+	+	
15. X	+	+	
16. X..	+ (faible)	+	

3° *Syphilitiques tertiaires.*

17. B... Gommes du voile du palais	+	+
18. B... Syphilis de quatre ans. R. aortique. R. et I. mitraux.		

	Intradermo-réaction à la syphiline —	Wassermann —
Névrites	+ (légère)	+
19. D .. Syphilis ancienne. Syphilis cérébro-médullaire . .	+	—
20. X. . Syphilis cérébrale . . .	+	+

4° *Syphilitiques quaternaires.*

21. B... Syphilis ancienne . . .	+	+
22. B... Chancre avoué. Anévrisme aortique	+	+
23. X .. Chancre avoué. Tabes . .	+	+
24. X... Chancre avoué. Cirrhose-ascite	+	+
25. X.. Chancre avoué. Tabes . .	+	+
26, X. . Tabes	+	+

II. — Syphilitiques douteux cliniquement

27. V... Vaste ulcération suppurative serpigineuse indéterminée du thorax et de l'abdomen. Mercure et iodure de potassium inefficaces . . .	—	+ (faible)
28. D... Insuffisance aortique artérielle	+	+
29. G.. Ectasie aortique. Néphrite	+	+
30. L Insuffisance aortique regardée comme syphilitique. Syphilis ignorée. Pas de rhumatisme, ni d'infections	+	— (urines)
31. B... Aortite et néphrite . . .	+	+
32 X... Hémiplégie à quarante ans. Pas d'albumine. Pas de lésion mitrale	+	+
33. X... Hépatite. Albuminurie. Deux fausses couches. . .	+	+
34. X. . Paraplégie spasmodique .	+	+

III. — Non syphilitiques très probables cliniquement

35. R .. Chancre mou	—	—
36. M... Néphrite subaiguë	—	—
37. X... Pleurésie tuberculeuse	—	—
38. C... Lupus nodulaire ulcéré et croûteux	—	—
39. D. Chancre suspect sans accidents secondaires après quatre mois	—	—
40. L .. Sclérose en plaques	—	—
41. Paludisme ancien. Troubles nerveux	—	—
42. F... Lupus nodulaire. Syphilis ignorée	+	+
43. P... Lupus érythémateux fixe	+	— (Wassermann) + (Bauer-Latapie)
44. X... Tuberculose cavitaire des sommets. Dilatation des bronches	+	—
45. X... Diabète	—	+
46. Phtisie pulmonaire floride	+	+
47. X... Paralysie saturnine. Amaurose	+	+ (faible)
48. X... Néphrite. Crises convulsives	+	+
49. L... Néphrite chronique	+	+
50. Lèpre tuberculeuse en poussée aiguë	+ (faible)	+ (faible)

Résumé et discussion. — En résumé, sur 50 malades chez lesquels nous avons pratiqué comparativement l'intradermo-réaction à la syphiline suivant notre procédé et la séro-réaction de Wassermann, nous avons obtenu 42 résultats concordants, ce qui est une proportion remarquable, et 8 résultats discordants seulement.

Or, sur ces 8 résultats discordants, lorsqu'on en discute la valeur comme nous l'avons fait, on trouve que 2 sont discutables, 1 est en faveur de la réaction de Wassermann, et 5 plutôt en faveur de l'intradermo-réaction à la syphiline. Nous ne donnons, nous tenons à le répéter, ces résultats et ces appréciations que sous toutes réserves, laissant à l'avenir et à des statistiques plus considérables le soin d'établir définitivement la valeur du procédé. Cependant, sans parti pris, ces faits nous semblent tellement intéressants que nous ne pouvions les passer sous silence.

Nous avons fait observer que, si la valeur de la méthode est hors de conteste, la méthode en elle-même est, en réalité, délicate.

Nous avons expérimenté avec plusieurs extraits, dont l'activité s'est montrée très variable. Les uns étaient trop actifs, d'autres trop peu.

Un extrait de foie de fœtus syphilitique est, en réalité, très complexe.

Nos premières et décisives expériences avaient été faites avec un foie de fœtus macéré, réduit à une sorte de bouillie, véritable culture pure de tréponèmes.

Les extraits préparés ultérieurement provenaient de fœtus ayant succombé peu après la naissance, et dont le foie était beaucoup moins riche en parasites. Il est permis de penser que, dans ces cas, des anticorps avaient pu se former, annihilant ou perturbant la réaction.

Quoi qu'il en soit, le principe de la méthode subsiste. Plus heureux que nous, Noguchi, en se servant de cultures pures de tréponèmes, a préparé tout récemment un extrait auquel il a donné le nom de « luétine ». Il a constaté que l'injection intradermique de cet

extrait provoquait chez les syphilitiques des réactions nettement spécifiques.

Il a signalé, après nous, l'intensité de ces réactions, dans les cas de syphilis ancienne, de syphilis tertiaire latente.

Ces recherches confirment pleinement nos travaux et mettent désormais hors de conteste la valeur des faits que nous avons observés.

TRAVAUX PARUS DEPUIS 1913

Nous avons cru devoir substituer, au résumé analytique des travaux que nous avons publiés depuis 1913, quelques brèves indications sur les directions principales que nous avons données, ou que les événements ont imposées à nos recherches. Nos travaux peuvent être groupés sous diverses rubriques; nous ne signalerons que ceux qui nous paraissent les plus importants.

HISTOLOGIE. CYTOLOGIE. HISTO-PHYSIOLOGIE

Cytologie des Plasmazellen (79, 80, 81, 82, 83).

Nous avons étudié, Dubreuil et moi, cet élément cellulaire du tissu conjonctif. Ces cellules plasmatiques ont un chondriome abondant que nous avons décrit; elles sécrètent activement; elles descendent du lymphocyte et présentent souvent, dans les tissus, diverses formes dégénératives. Elles peuvent différencier dans leur cytoplasme deux espèces de granulations : éosinophiles et basophiles.

Nous avons établi la signification des cellules à corps de Russel : ce sont des plasmazellen qui ont élaboré, sous formes de masses volumineuses, la substance éosinophile.

Ces plasmazellen éosinophiles et les cellules à corps de Russell naissent dans le tissu conjonctif, sous la dépendance de conditions humorales locales très spéciales et qui leur sont communes.

Nous avons, au cours de ces recherches, mis au point une méthode élective de différenciation des cellules éosinophiles dans les tissus (88).

Filaments spiralés de l'épiderme (106, 107).

Nous avons poursuivi et complété nos recherches sur ce sujet. Nous croyons avoir établi que les filaments spiralés sont des chondriosomes; qu'ils constituent le chondriome de la cellule à évolution cornée; qu'ils existent dans toute la hauteur du corps muqueux, et qu'ils se transforment en éleïdine au niveau de la couche granuleuse.

Le filament spiralé est un élément important et jusqu'ici peu connu du cytoplasme des cellules épidermiques.

L'étude de ces filaments dans les tumeurs cutanées et l'emploi de techniques nouvelles nous ont montré que la division classique des épithéliomas en baso- et spino-cellulaires ne saurait être maintenue, et qu'elle est incompatible avec les faits cytologiques précis que nous avons observés.

PARASITOLOGIE

La spirochéturie et l'uro-diagnostic de la spirochétose ictéro-hémorragique (86, 90, 93).

Nous avons été les premiers, M. Fiessinger et moi, à signaler l'importance et la signification de l'élimina-

tion urinaire des parasites au cours de la spirochétose ictérigène. Nous avons montré tout l'intérêt, pour le diagnostic de cette affection, de la recherche des parasites dans l'urine. La méthode de Fontana-Triboudeau nous a donné d'excellents résultats.

Depuis notre premier travail, l'examen parasitologique systématique des urines dans tous les cas où l'on soupçonne la spirochétose est devenu une méthode classique.

C'est l'examen des urines qui nous a permis d'étudier, dans la Somme, avec M. R. Mathieu, des spirochétoses anictériques, dont nous avons signalé les particularités cliniques et l'évolution.

Spirilles des végétations vénériennes (102, 103, 105).

La cause des néoproductions conjonctivo-épithéliales que sont les végétations génitales est restée jusqu'ici inconnue. Au cours de recherches cytologiques sur ce matériel d'étude, j'ai été frappé par le fait de la constatation de nombreux spirilles dans les végétations génitales en plein développement. J'ai étudié, avec A. Civatte, ces parasites et leurs variétés morphologiques.

Nos travaux nous permettent de conclure que le parasitisme spirillaire des végétations ne saurait être considéré comme contingent et de signification banale.

L'abondance des parasites est en relation directe avec l'activité de croissance des végétations.

La végétation génitale serait ainsi une néoplasie inflammatoire d'origine spirillaire.

Nous avons, sur le terrain clinique, constaté avec M. Nicolas que les végétations sont souvent précédées d'inflammation locale, de balanite plus ou moins

étendue, dues à des spirilles : c'est là un argument de plus en faveur de la thèse que nous soutenons.

MÉDECINE GÉNÉRALE

Pleurésies rhumatismales (91).

Nous avons étudié, M. Mollard et moi, une forme de pleurésie rhumatismale, la forme fixe que nous opposons aux fluxions pleurales bien connues depuis Lasègue.

La pleurésie fixe a des caractères particuliers que nous avons signalés (bilatéralité, association avec des lésions congestives pulmonaires, coexistence avec des déterminations endo-péricardiques). Elle peut durer plusieurs semaines. Nous en avons étudié la cytologie et les caractères humoraux.

L'Adénie éosinophilique prurigène (78, 97, 98).

Nous avons donné ce nom à une variété d'adénie, désignée par les Allemands du nom de granulome malin, de lymphogranulomatose maligne.

Nous avons, depuis plusieurs années, étudié cette affection qui nous paraît devoir être individualisée par l'ensemble de caractères très particuliers qu'elle présente. Nous avons attiré l'attention sur le type de ses lésions et sur ses variations : inflammatoires au début de l'évolution, les lésions prennent, au dernier stade, un caractère néoplasique prépondérant.

L'examen histologique fera donc ranger l'affection, tantôt dans les réactions inflammatoires, tantôt dans les néoplasies (sarcomes) ganglionnaires. L'éosinophilie tissulaire est dans les tissus et les ganglions extrêmement développée, parfois énorme.

L'affection, toujours fébrile, s'accompagne d'une leucocytose modérée, avec polynucléose sanguine et poussées éosinophiliques intermittentes.

Elle peut, dans ses formes aiguës, évoluer avec une très grande rapidité. Elle peut entraîner des complications pleuro-pulmonaires, dont nous avons rapporté quelques types.

Un signe constant de cette adénie est le prurit, souvent très intense. Son importance est telle, que nous le considérons comme un symptôme capital.

L'adénie éosinophilique prurigène correspond aux cas groupés par le professeur Dubreuilh, sous le nom de prurigo-lymphadénique.

Nous apportons, en faveur de l'individualisation de cette affection et de sa séparation d'avec les leucémies, les mycosis, les diverses affections ganglionnaires à marche progressive, un ensemble d'arguments cliniques, hématologiques, histologiques.

L'adénie éosinophilique n'est pas d'origine tuberculeuse. Dans aucun de nos cas, l'innoculation n'a tuberculisé le cobaye.

L'adénie prurigène est une affection relativement fréquente, qui n'a suscité en France, malgré son intérêt, qu'un petit nombre de travaux.

Les circonstances ne nous ont pas permis de publier en un travail d'ensemble les documents de tous ordres que nous avons réunis sur cette variété si intéressante d'affection ganglionnaire.

TABLE DES MATIÈRES

Lyon. — Imprimerie A. Rey, 4, rue Gentil. — 80434